616-058
M 54

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

MEDICINĂ SOCIALĂ ŞI MANAGEMENT

Chişinău – 2005

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE *NICOLAE TESTEMIȚANU*

MEDICINĂ SOCIALĂ ŞI MANAGEMENT

Chişinău – 2005

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

***Catedra* SĂNĂTATE PUBLICĂ ŞI MANAGEMENT**

D. Tintiuc, M. Raevschi, L. Spinei, I. Onceanu,
N. Iodko, S. Ştefaneț

MEDICINĂ SOCIALĂ ŞI MANAGEMENT

(Compendiu pentru studenți)

Chişinău
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2005

CZU 616–058 (075.8)
M 54

Dedicată aniversării a 60 de ani
de la fondarea Catedrei

Aprobat de Consiliul metodic central al USMF
Nicolae Testemiţanu, procesul verbal nr. 7 din 20 mai 2004

***Recenzenţi*:**
I. Mereuţă, doctor habilitat în ştiinţe medicale, profesor universitar
G. Ciobanu, doctor habilitat în ştiinţe medicale, profesor universitar

***Redactor ştiinţific*:**
D. Tintiuc, doctor habilitat în ştiinţe medicale, profesor universitar
Coordonator didactic:
M. Raevschi, doctor în ştiinţe medicale, conferenţiar universitar

Redactor: *Lidia Câssa*
Corector: *Nicolae Bătrânu*
Machetare computerizată: *Veronica Istrati*

Descrierea CIP a Camerei Naţionale a Cărţii
Medicină socială şi management: (Compendiu pentru studenţi) / D. Tintiuc, M. Raevschi, L. Spinei, ...; Univ. de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu". – Ch.: CEP *Medicina*, 2005. – 328 p.
Bibliogr. p. 324–326 (37 tit.)
ISBN 9975–918–21–2
200 ex.

616–058 (075.8)

© CEP *Medicina*, 2005
ISBN 9975–918–21–2
© D. Tintiuc şi alţii, 2005

PREFAŢĂ

Sănătate Publică şi Management (SPM) este ştiinţa despre sănătatea populaţiei, a promovării şi ocrotiri sănătăţii, prevenirii şi combaterii maladiilor prin efectuarea măsurilor organizate şi conjugate de comunităţi, apărute ca o reacţie la evoluţia morbidităţii populaţiei, la progresele medicinei şi la direcţia curentelor social-politice, orientarea şi conţinutul acestei ştiinţe variind substanţial în diverse epoci istorice.

Actualmente, noţiunea de „sănătate publică" are diverse semnificaţii. În sens restrâns, noţiunea menţionată prezintă o totalitate de anumite activităţi manageriale şi organizatorice preventive, care favorizează, în special, asanarea mediului ambiant şi dispariţia bolilor contagioase, asigurând protecţia şi ameliorarea stării sănătăţii populaţiei.

În sensul larg al cuvântului, Sănătatea Publică se defineşte ca o varietate de activităţi manageriale şi organizatorice, care au scopul nu numai să asigure, să efectueze toate tipurile de servicii medico-sanitare preventive şi terapeutice, dar şi alte componente importante şi strict necesare pentru funcţionarea sistemului naţional de sănătate. Actualmente aceste componente includ, în special, probleme ale modului sănătos de viaţă, ale sănătăţii mediului ambiant, activităţii de educaţie şi instruire a cadrelor medicale, producerea resurselor (utilaj, tehnologii etc.), de elaborare şi implementare a programelor, de dezvoltare a bazei economico-materiale şi diverse strategii strict necesare pentru asigurarea distribuirii echitabile (cantitative şi calitative) a serviciilor de sănătate acordate populaţiei în condiţiile contemporane ale dezvoltării societăţii.

În condiţiile noi ale sec. XXI, Sănătatea Publică include toate activităţile utile şi eficiente în promovarea sănătăţii populaţiei, pre-

venirea bolilor, tratamentul şi reabilitarea medico-socială a pacientului, comunităţii sau populaţiei întregi.

Ea elaborează standarde necesare pentru orice ţară (indiferent de starea dezvoltării), dar aplicarea practică a acestor standarde depinde de starea sanitară particulară şi dezvoltarea economică a ţării sau a localităţii respective.

Deci, Noua Sănătate Publică a sec. XXI include un complex vast de măsuri de protecţie a mediului fizic şi social, de menţinere a comportamentului sănătos, metodologii biomedicale, metode manageriale de organizare şi finanţare a serviciilor de asistenţă medicală. Ea concentrează categoriile tradiţionale ale sănătăţii populaţiei, cum ar fi asanarea, controlul bolilor infecţioase, sănătatea mamei şi copilului, epidemiologia cu servicii clinice, managementul sistemelor de sănătate şi promovarea sănătăţii populaţiei.

Noua Sănătate Publică este adresată mediului social şi fizic, precum şi serviciilor personale menite să asigure necesităţile medico-sanitare individuale. Ea îmbină părţile componente ale Sănătăţii publice comunitar-orientate cu asistenţa medico-sanitară personală, care este individual orientată. Aceste componente trebuie analizate ca un complex întreg şi nu separat, dacă dorim să satisfacem necesităţile medico-sanitare ale indivizilor şi societăţii în sec. XXI.

În condiţiile actuale, în cadrul învăţământului medical superior este preferată aproape unanim denumirea de Sănătate Publică şi Management, denumire care figurează în nomenclatorul Ministerului Sănătăţii şi USMF „Nicolae Testemiţanu”.

Actualmente medicii de familie şi specialiştii practicieni efectuează permanent măsuri organizatorico-metodice şi de profilaxie, analizează indicii sănătăţii populaţiei, apreciază factorii de risc ai sănătăţii, contingentele ce necesită evidenţa de dispensar, inclusiv a celor sănătoşi, periodic analizează informaţia privind activitatea instituţiilor sanitare ce figurează în documentele de evidenţă şi dare de seamă, trag concluzii şi propuneri evident necesare pentru ameliorarea stării de sănătate a populaţiei, privind majorarea calităţii asistenţei medicale acordate în instituţiile sanitare etc. Iată de ce însuşirea profundă a cunoştinţelor în domeniul SPM este necesară

pentru toţi absolvenţii. Cunoştinţele şi deprinderile practice, după cum confirmă experienţa, sunt utile medicilor de toate specialităţile, în special, managerilor de diverse ranguri. Despre aceasta ne mărturisesc rezultatele audierii absolvenţilor facultăţii medicale a USMF „N.Testemiţanu", care activau şi activează în diverse posturi din sistemul sănătăţii al RM. În scopul de a perfecţiona sistemul de instruire a studenţilor în cadrul cursurilor şi lecţiilor practice la SPM, folosind practica pedagogică de profil şi experienţa colegilor de peste hotare, în corespundere cu programa pe specialitate, planul şi programul de studii al USMF „N.Testemiţanu" şi cerinţele contemporane ale medicinei, colectivul catedrei a elaborat şi editat (2002) Manualul „Sănătate Publică şi Management" şi acest compendiu pentru studenţi, rezidenţi şi magiştri. Ultimul conţine anumite îndrumări şi reguli metodico-didactice utile pentru efectuarea lecţiilor practice, fiecare temă include scopul ei şi argumentarea lui, sarcini instructiv-didactice, întrebări pentru autocontrol, deprinderi practice şi diverse variante de sarcini pentru studiul individual la fiecare temă aparte.

Utilizarea acestui compendiu la pregătirea şi efectuarea lecţiilor practice este obligatorie pentru fiecare student şi absolvent al USMF „N.Testemiţanu", care activează în specialitatea de profil. Pe parcursul pregătirii individuale pentru lucrarea practică studentul, cu ajutorul acestor materiale metodico-didactice, clarifică scopul şi argumentarea lui, sarcinile instructiv-didactice, folosind literatura necesară, studiază şi apreciază răspunsurile la întrebările de autocontrol.

Consolidarea materialului privind tema respectivă se înfăptuieşte după studierea schemei logice a temei, iar gradul de însuşire – după răspunsurile la întrebările de autocontrol, discutate în auditoriu sub egida profesorului, la teste de control programat şi la rezolvarea de fiecare student a unei variante de exerciţiu, concomitent cu formularea concluziilor la tema respectivă.

Indicaţii metodice pentru instruire la Sănătate Publică şi Management

Sănătatea publică şi management este studiată de către studenţi în semestrele VII (Sănătatea publică) şi VIII (Managementul). Programul de studiu include audierea unui ciclu de prelegeri şi efectuare a lucrărilor practice, unde studenţii studiază SPM, îşi consolidează cunoştinţele şi îşi perfecţionează deprinderile practice. Luând în considerare că prelegerile în majoritate nu dublează lucrările practice şi materialele manualului, studenţilor li se recomandă conspectarea lor. În timpul instruirii la catedră, studenţii urmează să respecte „Regulile de instruire şi comportare la catedră", afişate în fiecare clasă.

Lucrările practice sunt efectuate pe cicluri, conform orarului. Fiecare lecţie practică începe cu aprecierea cunoştinţelor iniţiale ale studenţilor, având la bază metoda de control programat şi a interogării orale. Urmează apoi consolidarea şi analiza materialului însuşit după schema grafologică a temei şi alte materiale didactice pentru ilustrare.

Exerciţiile practice rezolvate sunt incluse în „Lucrarea de curs", care are următorul model:

Catedra Sănătate publică şi management „N.Testemiţanu".
Şef de catedră, doctor habilitat în ştiinţe medicale, profesor universitar.
D.TINTIUC

Profesorul grupei _____

LUCRARE DE CURS

A studentului (ei) _____
A facultăţii, cursului, grupei. _____

Lucrarea de curs se prezintă în caiete aparte şi include procese verbale întocmite la toate temele lecţiilor practice. Fiecare proces verbal reflectă în mod consecvent: tema lecţiei practice, sarcina şi varianta concretă a exerciţiului, mersul rezolvării exerciţiilor propuse cu indicarea rezultatelor tuturor calculelor, analiza, concluziile şi propunerile respective. Rezolvarea exerciţiilor se efectuează la calculator şi rezultatele se fixează pe maculator. După controlul efectuat de către profesor al rezultatelor obţinute, analiza lor minuţioasă, efectuarea concluziilor şi propunerilor respective, informaţiile şi datele obţinute se transcriu în caietul special pentru lucrarea de curs. Calitatea procesului verbal al lecţiei practice este controlată de către profesor în ziua curentă sau următoare. Verificarea se face la fiecare temă.

Lipsurile motivate la lucrările practice se recuperează în baza dispoziţiei decanatului la profesorul grupei sau cel de gardă, după un grafic special al catedrei. Studenţii, care au lipsit nemotivat la prelegeri şi la lucrările practice, iar absenţele lor n-au fost recuperate în timpul semestrului, studenţii care au încălcat regulile de comportare la catedră, sunt invitaţi la şedinţele catedrei pentru explicaţii.

După finisarea ciclului, profesorul efectuează atestarea studenţilor şi rezultatele sunt fixate în registrul profesorului şi prezentate la decanat.

Neatestaţi sunt studenţii, care au absentat la prelegeri, la lecţiile practice şi au note negative. Rezultatele atestării pe semestru (I–II) se aduc la cunoştinţă studenţilor şi media anuală se ia în considerare la examenul de promovare.

La sfârşitul semestrului IX, studenţii susţin examenul de promovare la această disciplină, care se desfăşoară în trei etape: testarea, rezolvarea problemei în scris şi oral (trei întrebări). La prima etapă de testare fiecare student răspunde la 100 întrebări cu 1,2,3 variante de răspuns corect. Testul pentru examen constă din complement simplu (un răspuns corect) şi compus (2–3 răspunsuri corecte). Coeficientul valorii testului constituie 0,5 din nota generală. La etapa orală studentul răspunde la 3 întrebări şi rezolvă o problemă. Coeficientul notei orale

consti-tuie 0,4 şi al mediei anuale – 0,1 din nota generală fixată în borderou.

Studenţii, care doresc să-şi perfecţioneze cunoştinţele şi manifestă un interes sporit faţă de SPM, au posibilitate să studieze problemele ce-i interesează, participând la cercul ştiinţific studenţesc al catedrei. Înscrierea se face de profesori.

Studenţii, care în decursul anului universitar au muncit sârguincios, au însuşit profund materialul, au participat activ la conferinţele anuale ştiinţifico-practice ale colaboratorilor şi studenţilor, la şedinţele cercului ştiinţific şi la disciplină au fost apreciaţi cu locuri prestigioase, conform hotărârii catedrei, pot fi eliberaţi de la examen.

PARTEA I

A. MEDICINĂ SOCIALĂ ŞI BIOSTATISTICĂ

Tema: SĂNĂTATEA PUBLICĂ – ŞTIINŢĂ ŞI OBIECT DE STUDIU. BIOSTATISTICA ŞI ÎNSEMNĂTATEA EI ÎN EVALUAREA SĂNĂTĂŢII PUBLICE ŞI A ACTIVITĂŢII INSTITUŢIILOR SANITARE. VALORILE RELATIVE

Scopul lecţiei practice: aprecierea Medicinei Sociale ca ştiinţă, obiect de instruire şi rolul ei în ameliorarea sănătăţii populaţiei. Rolul şi locul ei în pregătirea medicilor-practicieni.

Argumentarea scopului

În condiţiile contemporane ale dezvoltării societăţii, însuşirea bazelor metodologice şi legităţile medicinei sociale necesită ca viitorii specialişti să studieze problemele socio-economice, medicale într-un spectru larg, apt pentru a acumula şi analiza informaţia obiectivă, ce caracterizează acţiunea diverşilor factori, în special, a celor de risc asupra sănătăţii populaţiei în diferite condiţii istorice concrete. Aceasta permite argumentarea unei variante optime de organizare a asistenţei medicale, necesară populaţiei şi efectuarea

profilaxiei diverşilor factori de risc ai Sănătăţii populaţiei. Deci, însuşirea Medicinei Sociale este strict necesară pentru fiecare absolvent al USMF „Nicolae Testemiţanu" – viitor medic-practician.

Sarcini instructiv-didactice

1. Studierea conţinutului, sarcinilor şi metodelor de cercetare a Medicinei sociale.

2. Însuşirea legităţilor, indicilor şi determinarea factorilor de risc ce influenţează Sănătatea populaţiei.
3. Argumentarea Medicinei Sociale ca ştiinţă medicală şi specialitate profesională.
4. Argumentarea variantei optime de organizare a asistenţei medicale acordate populaţiei şi a profilaxiei factorilor de risc ai Sănătăţii populaţiei.

Întrebări pentru autocontrol

1. De ce medicul-practician are nevoie de cunoştinţe vaste în MS?
2. Medicina socială ca ştiinţă, obiect de studiu şi specialitate medicală.
3. Scopul şi obiectul de studiu al MS.
4. Sarcinile MS.
5. Metodele de cercetare a MS.
6. Caracteristica metodei statistice.
7. Sensul metodei sociologice.
8. Caracteristica metodei social-psihologice.
9. Sensul metodei experimentale.
10. Caracteristica metodei istorice.
11. Metoda economică şi însemnătatea ei.
12. Definiţia Sănătăţii populaţiei.
13. Indicii ce caracterizează Sănătatea populaţiei.

14. Factorii de risc ai Sănătății Publice şi structura lor.
15. Legitățile Sănătății Publice.

Deprinderi practice

1. A studia şi a evidenția factorii de risc ai sănătății populației rurale şi urbane.
2. Argumentarea ştiințifică a variantei optime de organizare a asistenței medicale a populației.

3. Argumentarea ştiințifică a măsurilor de profilaxie primară, secundară şi terțiară a factorilor de risc ai SP.

Sarcini pentru studiul individual

În baza datelor expuse în variantele respective, se cer analizate şi apreciate:
a) scopul cercetării;
b) obiectivele cercetării;
c) metodele cercetării.

Varianta 1

În anul curent cota majorată a cauzelor principale ale mortalității infantile în Republica Moldova este marcată de: afecțiunile perinatale – 31%, malformațiile congenitale – 28,1%, bolile aparatului respirator – 21,6% şi alte maladii – 19,3% cazuri.

Varianta 2

Nivelul (rata) mortalității materne în Republica Moldova (la 100 000 născuți vii) s-a majorat în ultimii nouă ani şi constituie, respectiv: 1994 – 25,8; 1998 – 36,3 şi 2002 – 43,9 cazuri.

Varianta 3

Pe parcursul anilor 2001–2002 s-a majorat nivelul (rata) incidenței de maladii ale aparatului circulator, inclusiv ale reumatismului, care în anii indicați constituie (la 10 000 populație): 101–129 şi 2,9–3,1 cazuri.

Varianta 4

Nivelul (rata) incidenței de diabet zaharat al populației Republicii Moldova (la 10 000) s-a majorat de la 6,5 în a.2000 până la 8,9 cazuri în a.2002.

Varianta 5

În anii 2000–2002 s-a majorat nivelul (rata) incidenței populației Republicii Moldova de pneumonii, care în anii indicați a constituit, respectiv (10 000 locuitori): 45,2 şi 55,3 cazuri.

Varianta 6

Nivelul (rata) răspândirii (incidenței) bolilor aparatului digestiv ale populației Republicii Moldova în anii 2000–2002 s-a majorat mult şi în anii indicați constituie, respectiv (la 10 000 locuitori): 154,8 şi 208,7 cazuri.

Varianta 7

În anii de gestiune şi curent, nivelul (rata) incidenței ulcerului stomacal şi duodenal la 10 000 populație a Republicii Moldova constituie, respectiv, 11,2 şi 14,2 cazuri.

Varianta 8

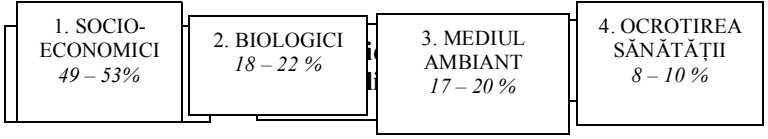
În Republica Moldova, pe parcursul anilor 2000 şi 2002, s-a majorat (la 10 000 locuitori) nivelul (rata) incidenței de hepatite cronice şi ciroze hepatice, care în anii indicați constituia respectiv: 14,6 şi 17,5 cazuri.

Varianta 9

Nivelul (rata) incidenței şi prevalenței de cancer s-a majorat şi constituia respectiv, în anii 2000–2002: 152,6–169,3 şi 899,3–923,2 la 10 000 mii locuitori ai Republicii Moldova.

Varianta 10

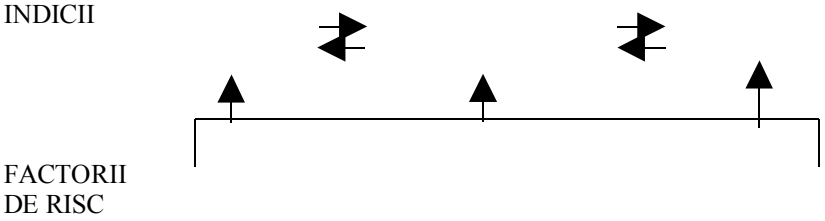
Pe parcursul anilor 2000–2003 s-a majorat mult nivelul (rata) incidenței de tuberculoză, care în anii indicați constituia, respectiv, 60,6 şi 83,1 cazuri la 100 000 locuitori ai Republicii Moldova.



Structura logică

Tema: MEDICINA SOCIALĂ – ŞTIINȚĂ ŞI OBIECT DE STUDIU

Starea sănătății populației este apreciată de:



Tema: BIOSTATISTICA ŞI ÎNSEMNĂTATEA EI ÎN EVALUAREA SĂNĂTĂŢII POPULAŢIEI. VALORILE RELATIVE ŞI APRECIEREA EXACTITĂŢII LOR

Scopul lecţiei practice: însuşirea metagologiei calculării, analizei, aprecierii exactităţii valorilor relative, necesare în activitatea medicului practician şi a colaboratorului ştiinţific.

Întrebări de autocontrol

1. Definiţia şi compartimentele statisticii generale şi sanitare (biostatistica).
2. Problemele primordiale ale biostatisticii.
3. Definiţia totalităţii statistice, tipurile şi elementele ei.
4. Caracteristica totalităţii statistice generale şi selective (parţiale). Însuşirile.
5. Metodele de selectare a unităţilor de observare şi grupare a caracterelor.
6. Legea cifrelor mari.

7. Căile de formare a totalității selective.
8. De ce medicului-practician îi sunt necesare cunoştinţele în calcularea şi evaluarea valorilor relative?
9. Enumerați tipurile principale ale valorilor relative.
10. Ce indice caracterizează frecvența distribuției unui sau altui fenomen studiat?
11. În ce cazuri, indicii intensivi se calculează la 100, 1000, 10 000 de locuitori etc.? De ce depinde alegerea mărimii bazei de calcul al indicelui intensiv (ratei)?
12. Care din indicii relativi reflectă structura fenomenului sau a totalității statistice? Determinați noțiunea acestui indice, cum se numeşte altfel (sinonimul) şi cu ce scop se foloseşte ?
13. Prin exemple concrete din practica medicului, expuneți metodica de calcul a indicelui extensiv ?
14. În ce cazuri se modifică majorarea sau micşorarea cotei unei porțiuni (de ce?). Ce fel de parte ?
15. Demonstrați, pe baza unui exemplu, cum se calculează indicele de raport.
16. După care formulă se determină eroarea medie a reprezentativității valorilor relative ?
17. Cum se determină exactitatea diferenței dintre mărimea indicilor a două totalități selective? Expuneți formula şi explicați esența divergenței.
18. Cum se determină limitele de încredere a indicilor intensivi (ratei)?
19. Caracteristica tabelei criteriului „t”.
20. Prezentarea grafică a valorilor relative după întrebările din tema respectivă.

Sarcini instructiv-didactice

1. Acumularea şi calcularea cifrelor absolute.
2. Studierea metodelor de calcul, analiză şi utilizare a valorilor relative.
3. Aprecierea exactității valorilor relative.

Argumentarea scopului

Actualmente, însuşirea metodelor de calcul şi analiză a informaţiei veridice despre acţiunea factorilor de risc asupra stării sănătăţii populaţiei şi altor fenomene este utilă pentru fiecare medic-practician şi colaborator ştiinţific. Aceasta va evidenţia şi argumenta măsurile necesare pentru păstrarea şi ameliorarea stării sănătăţii populaţiei.

Deprinderi practice

1. A calcula şi analiza valorile relative.
2. A calcula limitele de încredere a indicilor totalităţii selective.
3. A aprecia esenţa divergenţei rezultatelor cercetărilor.
4. A caracteriza tabelul criteriului „t".

A. Calcularea valorilor relative

În baza datelor expuse în variantele respective, să se calculeze toţi indicii posibili:

- intensivi (ratei);
- extensivi(de structură);
- de raport.

Exemplu de rezolvare a problemei

Varianta 0

În anul de gestiune în raionul „R" numărul locuitorilor constituia 75 000. În acest an s-au născut 1908 şi au decedat 897 oameni, dintre care copii în vârsta până la un 1 an – 95. În raion activau 120 medici, inclusiv: internişti – 35; chirurgi – 30; medici de familie – 45; alte profesii – 10.

În raion în anul precedent s-au înregistrat indicii (la 1000 populație): natalității – 21,0; mortalității generale – 13,0; inclusiv infantile – 19,3.

Rezolvare:

1. Indicele intensiv (rata):

a) $$\text{natalității} = \frac{\text{Nr. nou-născuților vii}}{\text{Nr. populației}} \times 1000 = \frac{1908}{75\,000} \times 1000 = 25{,}44\ ‰$$

b) $$\text{mortalității generale} = \frac{\text{Nr. decedaților}}{\text{Nr. populației}} \times 1000 = \frac{897}{75\,000} \times 1000 = 11{,}9‰$$

c) $$\text{mortalității infantile} = \frac{\text{Nr. decedaților până la 1 an de viață}}{\text{Nr. nou-născuților}} \times 1000 = \frac{95}{1908} \times 1000 = 49{,}7‰$$

2. Indicele extensiv (de structură):

a) $$\text{Medici internişti} = \frac{\text{Nr. de internişti}}{\text{Nr. total de medici}} \times 100 = \frac{35}{120} \times 100 = 29{,}2\ \%$$

b) $$\text{Medici chirurgi} = \frac{\text{Nr. de chirurgi}}{\text{Nr. total de medici}} \times 100 = \frac{30}{120} \times 100 = 25{,}0\ \%$$

$$\text{Nr. medicilor de familie} \quad 45$$

c) Medici de familie = ---------- x 100 = ------ x 100 = 37,5 %
Nr. total de medici 120

Nr. medicilor de alte profesii 10
d) Alte profesii = ---------- x 100 = -------- x 100 = 8,3 %
Nr. total de medici 120

3. **Indicele de raport:**

Nr. total de medici 120
Indicele de raport = ---------- x 10 000 = -------- x 10 000 = 16,0 %
Nr. total al populației 75 000

Concluzie:
1. În acest an s-a majorat nivelul asigurării populației raionului cu medici de la 12,7 (1940) până la 16,0 %;
2. În anul curent s-a majorat nivelul indicilor demografici, calculați indicele demografic comparativ cu cei din anul precedent.

Varianta 1

În darea de seamă anuală a raionului F numărul total al locuitorilor e de 85 de mii. Pe parcursul anului, în unitățile sanitare au fost internați 20 100 bolnavi. În raion au lucrat 145 medici, dintre care 24 – terapeuți, 13 – chirurgi şi 21 – stomatologi, alte specialități – 87 medici.

Varianta 2

În anul de gestiune în oraşul „B” numărul locuitorilor era de 145 000. Pe parcursul anului, în staționarele oraşului au fost internați 35 000 bolnavi. Oraşul dispune de 497 medici, dintre care 95 – terapeuți, 85 – stomatologi şi alte specialități – 317 medici. Staționarele oraşului dispun de 1550 paturi.

Varianta 3

În darea de seamă anuală a raionului „D” numărul locuitorilor era de 70 000 mii. În instituțiile sanitare au fost înregistrate 175 cazuri de hepatită virală. În raion au lucrat 141 medici şi au fost 735 paturi, dintre care: 130 – de profil terapeutic, 75 – de profil chirurgical şi alte profiluri – 530.

Varianta 4

În anul de gestiune în oraşul „C” numărul locuitorilor era de 710 000, dintre care au fost înregistrați 850 bolnavi cu tumuri maligne, cu diagnostic stabilit pentru prima dată în viață. În instituțiile sanitare ale oraşului activează 2745 medici, dispunând de 4620 paturi, din care: 2090 – de profil terapeutic, 935 – de profil chirurgical şi alte profiluri – 1595 paturi.

Varianta 5

În anul de gestiune în raionul „S” numărul locuitorilor era de 110 000, în vârstă de până la 15 ani – 37 000. În decursul anului au fost înregistrate 123 000 cazuri de maladii. În raion au lucrat 170

medici, dintre care 30 – pediatri, 15 – obstetricieni, 20 – stomatologi, terapeuți – 50, chirurgi – 45 şi alte profiluri – 10 medici.

Varianta 6

În anul de gestiune numărul locuitorilor din oraşul „T" era de 170 000, de copii până la 15 ani - 55000. În decursul anului au fost înregistrate 185 000 cazuri de îmbolnăviri. În oraş au lucrat 610 medici, din care 93 – pediatri, 50 – obstetricieni, 85 – stomatologi terapeuți – 50, chirurgi –45 şi alte profiluri – 10 medici.

Varianta 7

În anul gestionar în raionul „N" se enumerau 80 000 locuitori. În acest an s-au născut 1905 copii şi au decedat 908 oameni, dintre care copii în viață până la 1 an – 95. În raion au lucrat 118 medici, dispunând de 640 paturi, din ele 175 – pentru copii, 120 – de profil ginecologic.

Varianta 8

În anul gestionar în oraşul „B" se enumerau 130 000 locuitori. În acest an s-au născut 2150 şi au decedat 1100 oameni, inclusiv copii până la 1 an – 24. În oraş au lucrat 415 medici, dispunând de 1250 paturi, inclusiv pentru copii – 120, de profil ginecologic – 170.

Aprecierea exactității indicilor intensivi (rata)

Pe baza datelor prezentate în variantele corespunzătoare, se cere:

$$\sqrt{\frac{p \cdot q}{n}} \qquad \frac{(2{,}47 \times 100 - 2{,}47)}{688} = \frac{2{,}47 \cdot 97{,}5}{688} = 0{,}35^2 = 0{,}12$$

1. Să se calculeze limitele de încredere pentru datele comparative în cazurile când P = 95,5 sau P = 99,7%.
2. Să se determine veridicitatea diferenței valorilor indicilor a două totalități selective.
3. Se se argumenteze concluziile respective.

Exemplu de apreciere a exactității indicilor intensivi (ratei):

Varianta 0

În anul de gestiune în spitalul raional pentru copii numărul bolnavilor şi decedaților de maladii ale organelor respiratorii a constituit:

Numărul bolnavilor spitalizați şi decedați după vârstă

Vârsta bolnavilor (ani)	Bolnavi	Decedați	Letalitatea spitalicească (%)
3 – 4	*688*	*17*	*2,47*
5 – 6	*665*	*10*	*1,52*

Se poate confirma că nivelul (rata) letalității spitaliceşti în aceste două grupe (după vârstă) de bolnavi veridic se deosebeşte?

Rezolvare:

1. Calculăm indicii intensivi (rata) ai letalității spitaliceşti după vârste şi aflăm veridicitatea diferenței dintre ei:

$$\mathbf{P_1} = \frac{17}{688} \times 100 = 2{,}47\%; \qquad \mathbf{P_2} = \frac{10}{665} \times 100 = 1{,}50\%;$$

Aflăm eroarea medie a indicilor calculați:

$$\frac{P_1 - P_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} = \frac{2,47 - 1,50}{\sqrt{0,12 + 0,05}} = \frac{0,95}{\sqrt{0,17}} = \frac{0,95}{0,41} = 2,37$$

$m_{P1} =$ = =

$m_{P2} =$ =

t= ———

Concluzie: Diferența dintre indicii letalității spitaliceşti a copiilor din spitalul raional este veridică, fiindcă **t** > 2 şi **P** > 95,5%.

2. Calculăm limitele de încredere între indicii comparativi:
   când P = 95,5 şi t = 2
   $P_{gen} = P_{sel.} \pm t \cdot m$ deci $P_{gen} = 2,47 + (2 \times 0,35) = 3,17$ (max).
   $P_{gen} = 1,50 + (2 \times 0,22) = 1,94$ (min).

Deci limitele de încredere în cazurile când **P = 95,5** sau **t = 2** vor devia de la 1,94 (min) până la 3,17 (max).

Varianta 1

Studiind răspândirea bolilor miocardului la populația rurală, am obținut următoarele date comparative ce țin de stenocardie şi datele elecrocardiografiei ECG ce denotă ischemia miocardului.

Datele ECG la un contingent diferit de bolnavi

Bolnavii de stenocardie	Numărul total de bărbaţi	Au avut schimbări în ECG	
		(nr. absolut)	%
Hipertonici	110	3	
Normatonici	180	3	

În baza acestor date se poate vorbi despre un prognostic mai rău la bolnavii de stenocardie şi de hipertonie în comparaţie cu „normotonicii”?

Varianta 2

Pe parcursul studierii acţiunii hormonilor anabolici la bolnavii de infarct miocardic au fost selectate două grupe de bolnavi a câte 70 oameni fiecare. S-a determinat nivelul mortalităţii prin grupă de bolnavi, care s-au tratat după o metodă cu folosirea nerobolului. În a doua – bolnavii s-au tratat după o metodă obişnuită, fără nerobol. *Nivelul mortalităţii e prezentat în tabelul următor*:

Grupa de bolnavi care s-au tratat	Au decedat	
	valori absolute	%
După metoda cu nerobol	5	7,1
După metoda obişnuită	21	30

În baza acestor date, putem constata că metoda de tratament cu folosirea nerobolului e mai eficace ?

Varianta 3

În timpul campaniei de lichidare a malariei în Irak (cronica OMS, iulie 2002) au fost stabilite următoarele date ale morbidităţii de malarie până şi după reînnoirea prelucrării cu preparatul respectiv:

Morbiditatea populaţiei de malarie după perioade

Perioada prelucrării	*Numărul preparatelor de sânge cercetate*	*Preparate în care au fost depistate plazmoliile*	
		Nr. absolut	*%*
Până la reînnoirea prelucrării *(iunie 1993 – mai 1994)*	7118	329	
După reînnoirea prelucrării *(iunie 1995 – mai 1996)*	27 892	374	

Putem oare considera că în timpul prelucrării cu preparatul respectiv se reduce într-adevăr nivelul morbidității de malarie?

Varianta 4

În spitalul orăşenesc pentru copii din cei 800 de pacienți operați au murit 8, iar în spitalul orăşenesc nr.1 din cei 900 de pacienți operați au murit 12. Reprezentarea bolnavilor operați după tipul intervențiilor chirurgicale în aceste spitale a fost aproximativ egală. Putem considera că letalitatea postoperatorie în aceste spitale se deosebeşte radical?

Varianta 5

În spitalul raional „F" în anul gestionar din cei 1600 pacienți operați au decedat 23 de bolnavi, dar în oraşul „T" în acelaş an, din cei pacienți 900 operați, au decedat 18. Repartizarea bolnavilor operați după specificul intervențiilor chirurgicale în aceste spitale a fost aproximativ egală.

Este veridică diferența între indicii letalității din spitalele indicate ?

Varianta 6

Cercetând morbiditatea şi mortalitatea copiilor în urma bolilor organelor respiratorii, au fost stabilite următoarele date:

Numărul bolnavilor şi decedaţilor

Vârsta în ani	*Numărul de bolnavi*	*Nr. decedaţilor*	*Mortalitatea (%)*
3–5	694	15	
6–9	670	11	

Se poate oare considera că nivelul mortalităţii în aceste grupe se deosebeşte radical ?

Varianta 7

În rezultatul cercetărilor cazurilor de imobilizare a extremităţilor după fracturi şi dezvoltare a contracturilor de diferite grade, au fost evidenţiate următoarele date:

Frecvenţa contracturilor în funcţie de metoda imobilizării

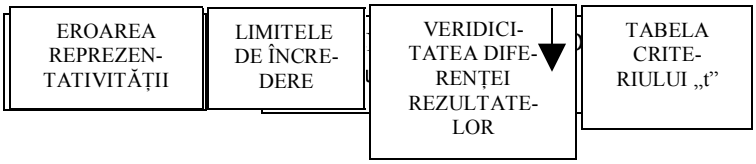
Metoda imobilizării	**Numărul observaţiilor (consultaţiilor)**	**Numărul cazurilor cu contracturi**	**%**
Osteosinteza extrafocală	**177**	**18**	
Langeta de ghips	**155**	**32**	

Se poate aprecia care metodă este mai eficientă, dacă metodele şi intensitatea antrenării mişcărilor la ambele cazuri de imobilizare au fost aproximativ aceleaşi ?

Varianta 8

În secția terapeutică a spitalului orășănesc nr. 1, din cei 1020 de bolnavi internați, au decedat 22, iar în secția terapeutică a spitalului orăşenesc nr. 2 au decedat 18 din cei 995 de bolnavi internați.

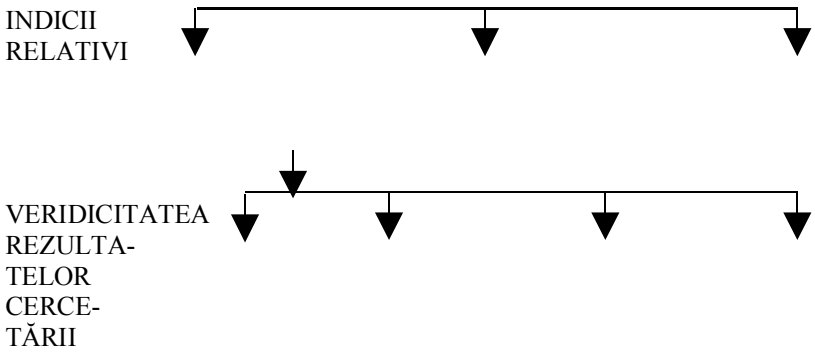
Se poate conchide că letalitatea în secția terapeutică a spitalului orăşenesc nr. 1 e mai înaltă decât în secția de profil a spitalului nr. 2, dacă componența bolnavilor în ambele spitale este omogenă?



Structura logică

Tema: BIOSTATISTICA ŞI ÎNSEMNĂTATEA EI ÎN EVALUAREA SĂNĂTĂȚII POPULAȚIEI. VALORILE RELATIVE ŞI APRECIAEREA EXACTITĂȚII LOR

TIPURILE



Tema: SERIILE VARIABILE. VALORILE MEDII ŞI APRECIEREA AUTENTICITĂŢII LOR

Durata lecţiei practice – 4 ore
Lecţia are loc la catedră

Scopul lecţiei practice: studierea seriilor variabile, metodelor de calculare a valorilor medii şi aprecierea veridicităţii.

Argumentarea scopului

Rezultatele cercetărilor ştiinţifice în domeniile medicale (clinică, sănătate publică şi management) sunt prezentate în diverse cifre. Pentru analiza lor, datele numerice sunt prelucrate, sistematizate şi devin ilustrative, accesibile pentru confirmarea concluziilor.

În majoritatea lucrărilor ştiinţifice (monografii, articole, elaborări metodice etc.), pe care le folosesc medicii-practicieni, datele numerice sunt prezentate în rezultatul prelucrării statistice, conţin construcţia valorilor medii şi aprecierea veridicităţii lor.

Medicii-practicieni sunt datori să analizeze în activitatea lor permanentă indicii activităţii ce constituie şirul variabil, folosind valorile medii. Aşadar, este obligatorie însuşirea seriilor variabile şi a metodelor de calcul al valorilor medii şi aprecierea veridicităţii lor.

Sarcini instructiv-didactice

1. Folosirea seriilor variabile în activitatea practică şi ştiinţifică a medicului.
2. Cunoaşterea principiilor, metodelor de grupare şi analiză a seriei variabile.
3. Însuşirea metodelor de calcul al valorilor medii.

4. Cunoaşterea metodelor de apreciere a veridicităţii valorilor medii.

Întrebări pentru autocontrol

1. Numiţi însuşirile principale ale totalităţii statistice.
2. Proprietăţile de reparaţie a caracteristicilor.
3. Seria variabilă, definiţia. Elementele ei componente.
4. Care e diferenţa dintre seriile variabile grupate şi negrupate?
5. Enumeraţi etapele de formare a seriei variabile.
6. Tipurile valorilor medii. Caracteristica.
7. Numiţi a doua particularitate a totalităţii statistice ce prezintă valoarea medie a caracterelor?
8. Enumeraţi metodele de calculare a valorii medii aritmetice.
9. Enumeraţi şi explicaţi proprietăţile de bază ale valorilor aritmetice medii?
10. Prin ce metodă se poate evita obţinerea valorii medii fictive?
11. Esenţa varietăţii caracterelor. Care este a treia proprietate a totalităţii statistice. Criteriul varietăţii caracterelor?
12. Cum se determină calculele devierii medii?
13. În ce constă esenţa devierii coeficientului de variaţie şi aprecierea lui. Devierea standardă, scopul folosirii.
14. Câte procente de variante se află în intervalul M ± 1,2 şi 3 sigme?
15. Cu ce scop practic se foloseşte sigma?
16. Care este esenţa reprezentativităţii totalităţii statistice ?
17. Cum se determină eroarea medie a reprezentativităţii valorilor medii?
18. Scopul folosirii criteriului (t).
19. Care grad al probabilităţii prognosticului este considerat veridic?
20. Cum se determină veridicitatea valorilor medii comparate?
21. Care parametri statistici trebuie să fie măriţi sau micşoraţi pentru sporirea veridicităţii rezultatelor cercetării?

22. Ce valoare a criteriului „t” sugerează veridicitatea diferenţelor dintre indici?

Deprinderi practice

1. A cunoaşte metoda formării şi grupării seriei variabile.
2. A însuşi calcularea valorii medii.
3. A deprinde calcularea deviaţiei mediei pătrate.
4. A calcula coeficientul de variaţie şi eroarea reprezentativităţii mărimilor medii.
5. A şti cum se determină şi se apreciază limitele confidenţiale ale valorilor medii.
6. A determina veridicitatea diferenţei mărimilor comparate.

Sarcini pentru studiul individual

Folosind datele în variantele corespunzătoare, e necesar:

1. A identifica, după datele seriei variabile grupate, valorile medii aritmetice (M^-); după metoda momentelor – deviaţia medie pătrată, sigma (σ) pentru fiecare metodă din calculul mediei.
2. A determina coeficientul şi a evidenţia gradul variaţiei.
3. A calcula eroarea medie (m-) a reprezentativităţii şi a determina limitele de încredere a valorii medii aritmetice concomitent cu probabilitatea prognosticului exact – 95%.

Exemplu de rezolvare a problemei

Greutatea (cm) băieţilor în vârstă de 10 ani: 25, 24, 24, 22, 23, 21, 25, 24, 19, 24, 19, 26, 30, 23, 26, 24, 28, 26, 23, 30, 25, 24, 20, 23, 21, 24, 20, 23, 26, 28, 29, 24, 22, 23, 28, 25, 21, 24, 20, 25, 23, 19, 25, 24, 22, 23, 29, 26, 24, 22, 23, 22, 24, 20, 23, 20, 26, 18, 32, 24, 21, 23, 31, 26, 24, 21, 25, 28, 23, 26, 31, 24, 26, 23, 26, 24, 25,

23, 20, 24, 26, 23, 25, 25, 21, 23, 22, 24, 25, 23, 25, 29, 24, 39, 22, 23, 22, 25, 26, 23, 27, 25, 26, 18, 22, 21, 28, 25, 28, 29, 30.

Anexa 1

Media aritmetică se bazează pe toate cercetările şi se calculează pe diverse metode, în funcţie de numărul variantelor, caracterul şirului variabil etc.

Media aritmetică simplă se calculează din şirul variabil, în care fiecare variantă se întâlneşte numai o singură dată (pentru toate variantele p=1).

Formula $M = \frac{\Sigma \cdot v}{n}$ se foloseşte pentru calcularea mediei aritmetice simple.

Media aritmetică ponderată se calculează din şirul variabil, în care diferite variante se întâlnesc de diferite ori $p \leq 1$;

Formula $M = \frac{\Sigma \cdot v}{n}$ se foloseşte pentru calcularea mediei aritmetice ponderate.

Privind şirul variabil, observăm că unele variante se repetă mai des şi de aceea se află mai aproape de medie. Într-adevăr, în şirul variabil din exemplul nostru valoarea medie a greutăţii băieţilor în vârstă de 10 ani este mai aproape de variantele 23, 24 şi 25, care mai des se repetă în şirul variabil dat.

Greutatea (cm) băieţilor în vârstă de 10 ani

Valorile greutății	**Frecvența** (numărul cazurilor)	**Deviația** (de la media condiționată)	**Produsul** (deviața de la medie şi frecvență)	**Produsul** (deviația pătrată şi frecvența)
V	**F**	**d**	**d · F**	**$d^2 \cdot F$**
18	2	-5	10	50
19	2	-4	8	32
20	6	-3	18	54
21	7	-2	14	28
22	9	-1	9	9
23	24	0	0	0
24	17	1	17	17
25	15	2	30	60
26	11	3	33	99
27	2	4	8	32
28	6	5	30	150
29	4	6	24	144
30	4	7	28	196
31	2	8	16	128
32	1	9	9	81
	112 (n)		**136 (Σ d F)**	**1 080 (Σd^2 F)**

$$M = Mc + \frac{\Sigma d F}{n}$$

Una din aceste variante se poate considera drept medie condiționată, care va servi inițial la calcularea mediei prin metoda momentelor. Prezentăm un exemplu despre mersul calculării mediei după metoda momentelor.

Ca medie condiționată a şirului variabil, am luat varianta 23, care se repetă cel mai des. Fiecare variantă se deosebeşte ori deviază de la media condiționată cu o mărime stabil demonstrată în tabel şi indicată cu litera „d".

După cum se observă din numerele prezentate, devierea variantelor de la media condiționată, în unele cazuri, va fi pozitivă, în altele negativă. Media condiționată rezultată (Me) se deosebeşte de media adevărată (Ma) prin mărimea egală cu deviația pătrată a variantelor de la valoarea mediei condiționate.

$$Ma = Mc + \frac{\Sigma d \cdot F}{n} \quad 23 + \frac{136}{112} = 23 + 1,2 = 24,2 \text{ kg.}$$

Pentru a aprecia devierea medie a variantelor de la media condiționată, trebuie calculată suma tuturor devierilor şi împărțită la numărul cazurilor. Suma devierii fiecărei variante de la medie se exprimă prin produsul deviației acestei variante la numărul cazurilor ori intensității (d · F), iar suma deviației tuturor variantelor de la media condiționată – obținută – cu suma tuturor produselor devierii la frecvențele lor (Σ d · F).

Deviația medie a tuturor variantelor de la media condiționată va avea expresia

Înlocuind numerele corespunzătoare din exemplu nostru„ găsim deviația medie egală cu

Această cifră ne demonstrează că media aritmetică rezultată condițional este mai mică decât media aritmetică adevărată cu mărimea deviației pătrate, adică cu 1,2.

Mărimea se numeşte moment de gradul unu, fiindcă devierea (d) aici este luată în gradul unu. Ştiind deviația medie, se poate calcula media aritmetică după următoarea formulă:

Media aritmetică (Ma) este egală cu media condițional obținută (Mc), plus suma produsului devierii (d) la frecvența (F) împărțită la numărul cazurilor ori observații (n), sau, se poate spune, este egală cu media condițional obținută (Mc), plus momentul de gradul unu. În exemplul nostru greutatea medie a copilului va fi:

$$\sqrt{\frac{\Sigma d^2 \cdot P}{n} - \left(\frac{36}{112}\right)^2} = \sqrt{9{,}6 - 1{,}2^2} = \sqrt{8{,}16} = \pm 2{,}4 \text{ kg}$$

În modul acesta tragem concluzia că băieţii studiaţi au greutatea medie a corpului de 24,2 kg.

Media aritmetică caracterizează totalitatea, concretizând că însuşirea ei este pentru toate variantele, de aceea ea are aceeaşi mărime ca şi fiecare din variante.

Pentru caracteristica gradului diversităţii sau oscilaţiei şirului variabil trebuie pentru fiecare şir variabil să fie calculată aşa-numita **deviaţie medie pătrată** σ (sigma mică greacă), sau, cum se mai spune, al doilea parametru ce caracterizează şirul variabil.

Deviaţia medie pătrată o găsim după formula:

$$\sigma = \sqrt{\left(\right)}$$

Deviaţia medie pătrată (σ) este egală cu radicalul pătrat din diferenţa momentului gradului doi şi pătratul momentului de gradul întâi. În exemplul nostru (greutatea băieţilor de 9 ani) tabelul 3.

$$\sigma = \sqrt{\left(\right)}$$

Mărimea se numeşte moment de gradul doi:

Când numărul observaţiilor este mai mic de 30 în numitor, trebuie să fie n – 1.

$$m = \frac{\pm 2,4}{\sqrt{112}} = \frac{\pm 2,4}{10,5} = 0,23 \text{ kg}$$

Cu cât mai mult diferă variantele de la medie, cu atât mai divers este şirul variabil, cu atât (σ) este mai mare. Spre exmplu, calculăm deviaţia medie pătrată (σ) în următoarele şiruri variabile

Este dovedit, că dacă la media aritmetică adăugăm sau luăm o sigmă ($M \pm 1\ \sigma$), atunci în limitele valorilor obţinute se va găsi 68,3% a variantelor şirului variabil; dacă la media aritmetică adăugăm şi luăm două sigme ($M \pm 2\sigma$), atunci în limitele valorilor primite se va găsi 68,3% a variantelor; ($M \pm 3\sigma$) include în sine 99,7% variantelor şirului variabil. Cu alte cuvinte, aproape toate variantele şirului variabil se află în limitele mediei aritmetice $\pm 3\ \sigma$.

Important este de găsit eroarea mediei aritmetice (m), care, după cum s-a subliniat, depinde de gradul diversităţii şirului şi numărul observaţiilor. Eroarea medie se calculează după formula: Este egală cu sigma, împărţită la radicalul pătrat din numărul observaţiilor. În pilda noastră eroarea este egală:

$$m = \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

Aşadar, greutatea medie a băieţilor va fi egală cu 24,2 kg $\pm$ 0,23. Aceasta înseamnă că greutatea medie a băieţilor deviază într-o parte sau alta în limitele 0,23 kg. în comparaţie cu greutatea medie adevărată.

Varianta 1

Durata incapacităţii de muncă (în zile) la 34 bolnavi trataţi de medicul de familie.
7, 6, 4, 12, 13, 3, 4, 5, 10, 11, 5, 10, 10, 10, 11, 12, 8, 9, 7, 7, 8, 9, 9, 7, 8, 12, 6, 10, 9, 8, 14, 14, 3, 8. În anul precedent media duratei incapacităţii de muncă la bolnavii trataţi la medicul de familie a constituit 10 $\pm$ 0,75 zile.

Varianta 2

Din istoriile dezvoltării la 40 nou-născuți s-au constatat următoarele cifre (cm) ce caracterizează statura băieților nou-născuți la termen. 48, 49, 50, 51, 49, 48, 50, 51, 50, 46, 49, 50, 47, 48, 45, 50, 48, 48, 49, 50, 49, 47, 50, 49, 48, 49, 50, 47, 48, 51, 52, 47, 48, 49, 50, 46, 48, 49, 47. În anul precedent media staturii băieților nou-născuți la termen a constituit 48 ± 0,3 cm.

Varianta 3

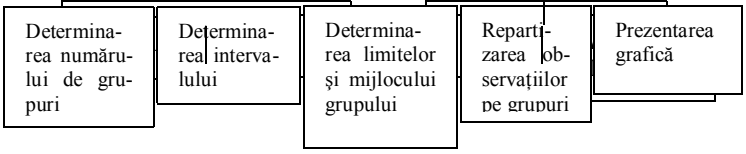
Numărul bolnavilor cu traumatism, aflați la evidență de dispensarizare la 45 de specialişti. 25, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 27, 25, 26, 27, 24, 25, 24, 28, 25, 22, 23, 24, 39, 23, 40, 22, 26, 30, 24, 29, 28, 39, 25, 26, 27, 27, 30, 31, 34, 31, 35, 32, 30, 30, 36, 25, 35. În anul precedent media bolnavilor cu traumatism, aflați la evidență de dispensarizare, a constituit 27 ± 0,8 bolnavi.

Varianta 4

Frecvența pulsului (numărul de bătăi pe minut) la 52 sportivi înainte de start. 62, 70, 72, 72, 64, 70, 72, 66, 76, 68, 70, 58, 76, 74, 76, 76, 82, 76, 72, 76, 74, 70, 60, 72, 70, 68, 62, 68, 70, 66, 70, 68, 64, 62, 60, 66, 64, 74, 79, 78, 74, 78, 74, 78, 74, 78, 76, 80, 80, 80, 78, 78. În anul precedent frecvența pulsului la sportivi înainte de start a constituit 72 ± 0,42 bătăi.

Varianta 5

Numărul de copii până la 1 an aflați la evidență la 30 pediatri de circumscripție. 39, 50, 58, 40, 51, 42, 49, 54, 60, 51, 45, 40, 58, 40, 58, 62, 60, 55, 62, 63, 65, 48, 48, 48, 47, 57, 59, 51, 42, 54, 52, 49. În anul precedent numărul de copii până la un an aflați la evidență a constituit 48 ± 0,25 copii.



Varianta 6

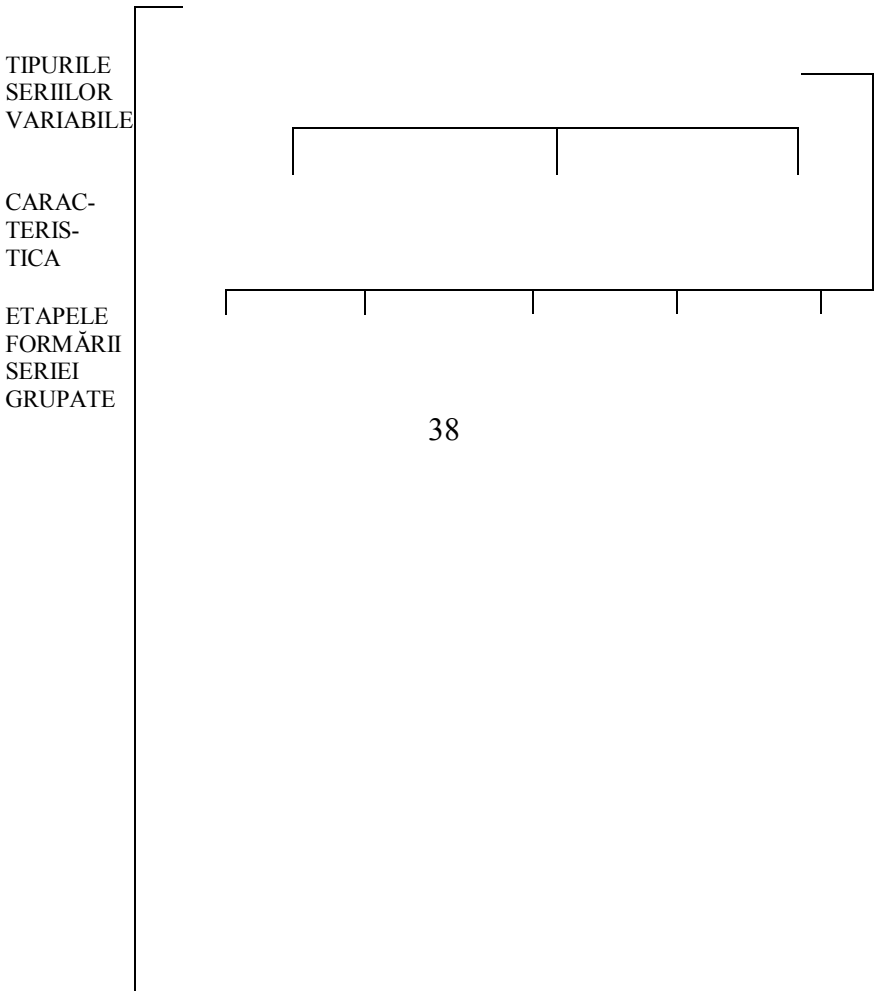
Termenul tratamentului în staţionar la 32 bolnavi (în zile): 16, 14, 12, 15, 15, 17, 19, 18, 15, 18, 17, 14, 12, 14, 12, 18, 15, 17, 16, 19, 10, 10, 16, 15, 18, 17, 18, 16, 20, 19, 17, 16. În anul precedent termenul tratamentului în staţionar a constituit 15 ± 0,9 zile.

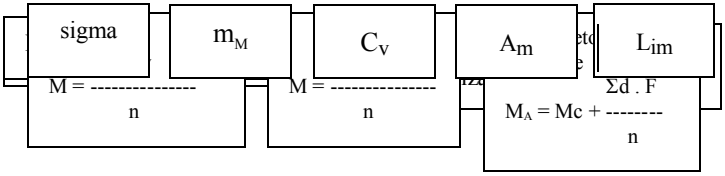
Varianta 7

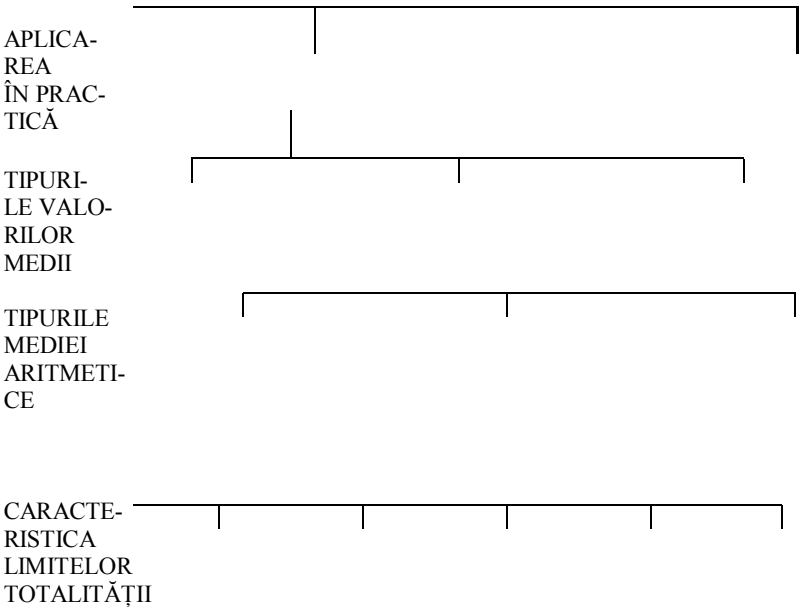
Frecvenţa respiraţiei (numărului de respiraţii în timp de 1 min.) la 43 bolnavi: 16, 19, 16, 16, 20, 19, 20, 13, 20, 15, 16, 13, 17, 16, 17, 12, 17, 12, 15, 13, 15, 12, 18, 17, 20, 18, 14, 18, 17, 19, 20, 22, 21, 17, 18, 14, 15, 16, 14, 15, 14, 18. În anul precedent frecvenţa respiraţiei a constituit 16 ± 0,3 respiraţii.

Structura logică

Tema: SERIILE VARIABILE, VALORILE MEDII. APRECIEREA ŞI VERIDICITATEA LOR







Tema: REPREZENTAREA GRAFICĂ A VALORILOR RELATIVE ŞI MEDII

Scopul lecției practice: a însuşi tipurile principale de grafice şi rolul lor în generalizarea şi analiza datelor statistice.

Argumentarea scopului

În activitatea practică a medicului e necesar nu numai de a calcula diferiți indici, dar şi a-i alege corect pentru reprezentarea lor grafică.

Reprezentarea grafică, îndeplinită după toate regulile ei, constituie o formă importantă de studiu al observatorilor statistici, după ce datele au fost grupate şi introduse în tabele şi s-au calculat indicii necesari.

De aceea fiecare medic-specialist este dator să ştie a alege corect forma corespunzătoare reprezentării grafice şi a aplica regulile folosirii acesteia.

Sarcini instructiv-didactice

1. A studia regulile de reprezentare grafică a datelor statistice.
2. A cunoaşte indicaţiile pentru utilizarea diferitelor tipuri de grafice şi diagrame.

Întrebări pentru autocontrol

1. Când şi pentru ce se foloseşte reprezentarea grafică?
2. Tipurile reprezentărilor grafice şi ale diagramelor existente.
3. Principiile de alegere a diagramelor corespunzătoare.
4. În ce cazuri se foloseşte diagrama în coloniţe?
5. Când se folosesc diagramele liniare şi care sunt regulile de cons-truire a lor?
6. Ce se numeşte diagramă de plan? Tipurile şi regulile de construire.
7. Când se folosesc diagramele dreptunghiulare?
8. Care este diagrama de succesiune în timp? Tipurile şi regulile lor de construire.
9. În ce cazuri se folosesc diagramele structurale? Tipurile şi regulile lor de construire.
10. Când se utilizează cartogramele şi cartodiagramele? Regulile de construire a lor.

Deprinderi practice

A însuşi:

- regulile de alegere a graficelor din punct de vedere ştiinţific;
- formele reprezentărilor grafice ale rezultatelor analizei statistice.

Sarcini pentru studiul individual

De reprezentat grafic datele statistice indicate în variante corespunzătoare.

Varianta 1

În anul de gestiune în AMT s-au înregistrat 16 mii de vizite la specialişti, inclusiv la: terapeut – 10 mii de vizite; oftalmolog – 2 mii de vizite; ORL – 1,5 mii şi la alţi specialişti – 2,5 mii. Calculaţi structura vizitelor înregistrate în AMT şi reprezentaţi-o grafic.

Varianta 2

Structura mortalităţii infantile după vârstă în Moldova (%).

1 lună – 48,6	*5 lună – 5,0*	*9 lună – 2,5*
2 lună – 10,2	*6 lună – 3,6*	*10 lună – 2,4*
3 lună – 9,0	*7 lună – 3,0*	*11 lună – 2,0*
4 lună – 7,2	*8 lună – 2,7*	*12 lună – 1,8*

Varianta 3

Reprezentarea copiilor la vârsta de 2 ani după grupele sănătăţii în Moldova (în %).

Grupa I – *53,7;* grupa II – *25,5*; grupa III – *12,3*; grupa IV – *6,2*; grupa V – *2,3.*

Varianta 4

La Centrul de Sănătate teritorial, care deserveşte 60 000 de oameni, pe parcursul anului s-au înregistrat 21 210 cazuri de

maladii infecţioase, dintre care IRVA – 18 900, dizenterie – 840, hepatită virală – 1260 şi alte infecţii – 210 cazuri.

Reprezentaţi grafic structura morbidităţii prin bolile infecţioase.

Varianta 5

Reprezentaţi grafic datele prezentate mai jos referitoare la înregistrarea bolnavilor cu reumatism pe parcursul anului de gestiune.

Ianuarie – 35	*Mai* - 10	*Septembrie* – 11
Februarie – 29	*Iunie* – 14	*Octombrie* – 15
Martie – 20	*Iulie* – 12	*Noiembrie* – 16
Aprilie – 18	*August* – 10	*Decembrie* – 27

Varianta 6

Reprezentaţi grafic dinamica morbidităţii prin hepatita A pe sectorul „N” (la 10 mii de populaţie).

Anii	*1998*	*1999*	*2000*	*2001*	*2002*	*2003*
Rata	**6,0**	**8,0**	**11,0**	**12,0**	**20,8**	**14,0**

Varianta 7

Reprezentaţi grafic evoluţia invalidităţii la copii în RM în anii 1990 – 2002 (‰).

Anii	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Rata	**4,3**	**4,8**	**5,5**	**7,86**	**8,7**	**9,2**	**9,8**	**10,2**	**10,4**	**11,8**	**12,5**	**13,2**	**14,1**

Varianta 8

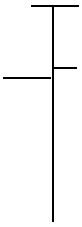
Reprezentați grafic nivelul mortalității populației prin traume şi otrăviri pe anii 1996 – 2002 (la 100000 locuitori) în mediul urban şi rural.

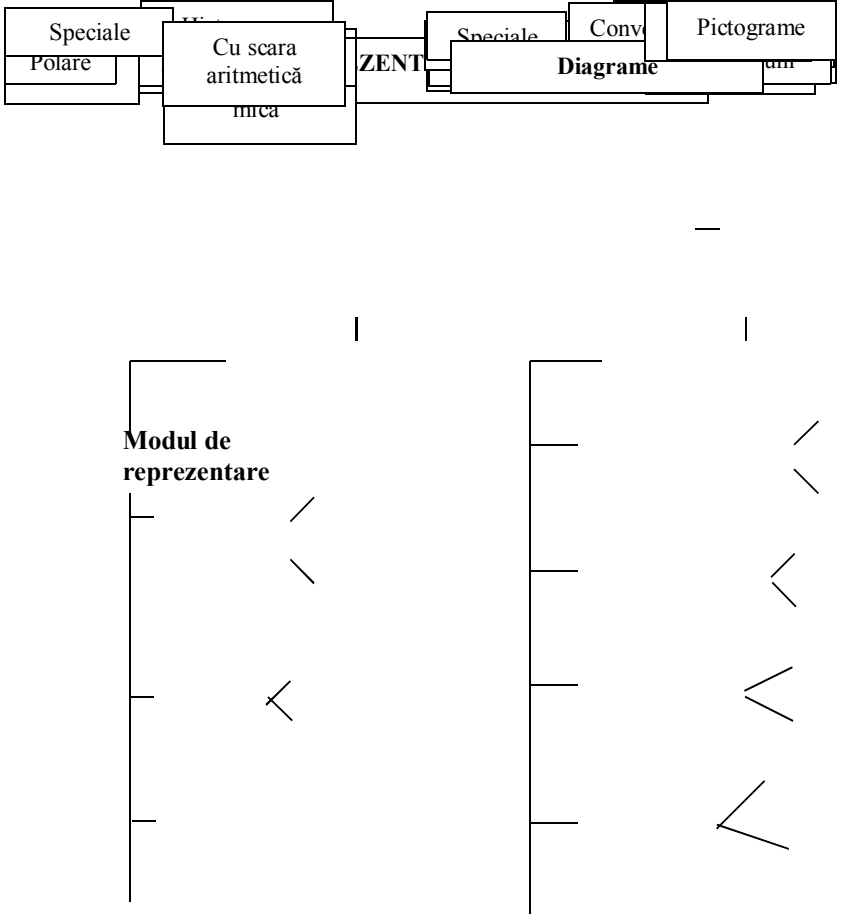
Mortalitatea populației	*1996*	*1997*	*1998*	*1999*	*2000*	*2001*	*2002*
Urban	56,2	61,3	66,8	72,0	77,6	114,2	111,0
Rural	116,0	106,7	155,7	114,4	111,0	104,0	104,5

Structura logică

Tema: REPREZENTAREA GRAFICĂ A VALORILOR RELATIVE ŞI MEDII

Tipurile de reprezentare





Tema: METODA DIRECTĂ DE STANDARDIZARE

Scopul lecţiei practice: a studia metoda de calcul al indicatorilor standardizaţi şi utilizarea acestora în practică.

Argumentarea scopului: în multe investigaţii socio-medicale, precum şi în clinice, este prea mică probabilitatea de a opera cu grupuri omogene, producătoare de fenomene ce pot fi comparate. Adesea, pentru a analiza rezultatele cercetărilor, trebuie comparate totalităţi neomogene după unele caracteristici. Pentru a elimina neomogenitatea totalităţilor comparate, se utilizează metoda directă de standardizare. Utilizarea metodei de standardizare se rezumă la

faptul că asigură posibilitatea de a compara indicatorii în totalităţi diferite după componenţă şi permite a observa evoluţia indicatorilor, în cazul în care totalităţile ar fi omogene.

Indicii standardizaţi sunt nişte indici convenţionali şi pot fi utilizaţi numai pentru comparare. În practică, standardizarea se utilizează mai frecvent pentru analiza indicatorilor de morbiditate, natalitate şi mortalitate a populaţiei.

Sarcini instructiv-didactice:

1. A cunoaşte scopul utilizării metodei directe de standardizare în activitatea medicului.
2. A însuşi metoda de calcul şi analiză a indicatorilor standardizaţi.

Întrebări pentru autocontrol:

1. Prezentaţi definiţia standardizării.
2. Ce metode de standardizare cunoaşteţi?
3. Când se utilizează metoda directă de standardizare?
4. Care indicatori se standardizează: intensivi sau extensivi ?
5. Numiţi etapele metodei directe de standardizare.
6. Care este esenţa etapei I de standardizare?
7. Cum se realizează etapa a II-a a standardizării ?
8. Ce poate servi în calitate de standard?
9. Cum obţinem indicatorii standardizaţi la etapa a IV-a?
10. Despre ce ne vorbesc indicatorii standardizaţi?
11. Care indicatori caracterizează nivelul veridic al fenomenului: standardizaţi sau nesatandardizaţi?
12. În ce cazuri se utilizează metoda directă de standardizare în activitatea medicului?

Deprinderi practice

1. A poseda metoda de calcul al indicilor standardizaţi.

2. A putea compara indicii standardizaţi şi nestandardizaţi.

Exemplu de rezolvare a problemei

Distribuţia persoanelor bolnave şi decedate în spitalele *A* şi *B* în funcţie de vârstă

Vârsta (ani)	Spitalul A		Spitalul B	
	Nr. de bolnavi externaţi	Din ei au decedat	Nr. de bolnavi externaţi	Din ei au decedat
Până la 40	300	6	700	21
40 – 59	100	4	100	5
60 şi peste	600	30	200	12
Total	**1000**	**40**	**1000**	**38**

Comparaţi letalitatea spitalicească în spitalele *A* şi *B,* utilizând metoda directă de standardizare, trageţi concluziile respective.

ETAPA I – calculăm indicii intensivi generali în spitalele *A* şi *B* şi indicii letalităţii pe grupe de vârstă.

Spitalul *A* (*letalitatea generală)*

$$\frac{40 \times 100}{1000} = 4\ \%$$

Spitalul *B (letalitatea spitalicească*)

$$\frac{38 \times 100}{1000} = 3{,}8\ \%$$

Calculăm letalitatea spitalicească pe grupe de vârstă în fiecare spital. De exemplu, **spitalul A,** în grupele de vârstă sub 40 ani

$$\frac{6 \times 100}{300} = 2\ \%,$$

în **spitalul B,** în grupul respectiv $\frac{21 \times 100}{700} = 3\%$

Analogic se calculează indicatorii în restul grupelor de vârstă.

ETAPA a II-a. În calitate de standard utilizăm suma bolnavilor externați pentru fiecare grup de vârstă:
până la 40 ani $300 + 700 = 1000$
40 - 59 ani $100 + 100 = 200$
60 şi peste $600 + 200 = 800$
Numărul total de bolnavi în spitale – *2000*.

ETAPA a III-a. Determinăm numărul scontat de decedați din standard pentru fiecare grup de vârstă:
Pentru grupul până la 40 ani **spitalul A** $100 - 2 \quad 1000 - x \quad x = \frac{2 \cdot 1000}{100} = 20$

spitalul B $100 - 3 \quad 1000 - x \quad x = \frac{3 \cdot 1000}{100} = 20$

Pentru vârsta 40 – 59 ani **spitalul A** $100 - 4 \quad 200 - x \quad x = \frac{4 \cdot 200}{100} = 8$

spitalul B $100 - 5 \quad 200 - x \quad x = \frac{5 \cdot 200}{100} = 10$

Analogic se calculează numărul scontat de decedați în grupul de vârstă de 60 ani şi peste (din standardul 800).

ETAPA a IV-a. Calculăm indicatorii standardizați ai letalității în ambele spitale. Calcularea indicatorilor standardizați se efectuează în 2 etape:

I. adunăm valorile scontate în fiecare spital:
Spitalul A – ***20 + 8 + 40 = 68***
Spitalul B – *30 + 10 + 48 = 88*

II. valoarea obținută se exprimă în procente raportată la numărul total de bolnavi (totalul standardului).

Pentru *spitalul A* indicatorul standardizat este egal cu $\frac{68 \times 100}{2000} = 3,4\%,$

pentru *spitalul B* cu $\frac{88 \times 100}{2000} = 4,4\%$

ETAPA a V-a. Comparăm indicii intensivi generali cu indicii standardizați:

	Spitalul A	Spitalul B	Comparare A și B
Indicii intensivi	4,0 %	3,8 %	A > B
Indicii standardizați	3,4 %	4,4 %	A < B

Concluzii:

1. Letalitatea în *spitalul A* este mai mare decât în *spitalul B*.
2. Dacă componența bolnavilor, în funcție de vârstă, ar fi identică în ambele spitale, letalitatea spitalicească ar fi mai mare în *spitalul B*.
3. Aşadar, letalitatea a fost influențată de diferențele de vârstă – în *spitalul A* au predominat bolnavii de 60 ani şi peste (la care letalitatea spitalicească este mai mare), iar în *spitalul B* au predominat bolnavii de până la 40 ani (cu nivel de letalitate spitalicească scăzut).

Sarcini pentru studiul individual

În baza datelor prezentate în variantele indicate mai jos, este necesar de a calcula indicii standardizaţi, de a-i compara cu indicii generali şi de a trage concluziile respective.

Varianta 1

Distribuţia persoanelor examinate şi bolnave de hipertensiune în raioanele A şi B.

Sexul	Raionul A		Raionul B	
	Nr. de persoane externate	Nr. de bolnavi	Nr. de persoane externate	Nr. de bolnavi
Bărbaţi	200	3	600	9
Femei	800	48	400	29
Total	**1000**	**51**	**1000**	**33**

În calitate de standard analizaţi suma persoanelor examinate în ambele raioane.

Varianta 2

Distribuţia lucrătorilor invalizi ca o consecinţă a bolilor cardio-vasculare la 2 întreprinderi.

S e x u l	Întreprinderea nr. 1		Întreprinderea nr.2	
	Nr. de lucrători	Nr. de invalizi	Nr. de lucrători	Nr. de invalizi
Bărbați	400	10	200	7
Femei	200	9	500	18
Total	**600**	**19**	**700**	**25**

În calitate de standard utilizați componența lucrătorilor pe sexe (suma pentru ambele întreprinderi).

Varianta 3

Distribuția persoanelor bolnave şi decedate în două spitale, în funcție de profilul secției.

S e c ț i a	Spitalul A		Spitalul B	
	Nr. de bolnavi	Nr. de decedați	Nr. de bolnavi	Nr. de decedați
Terapie	1500	180	500	80
Chirurgie	500	30	500	40
Boli infecțioase	500	20	1500	90
Total	**2500**	**230**	**2500**	**210**

În calitate de standard utilizați numărul mediu de bolnavi pentru fiecare secție în ambele spitale.

Varianta 4

Distribuția persoanelor traumate la două întreprinderi, în funcție de sex.

S e x u l	Întreprinderea nr. 1		Întreprinderea nr.2	
	Nr. de lucrători	Nr. de traumei	Nr. de lucrători	Nr. de traume
Bărbați	400	43	1000	100
Femei	800	40	400	20
Total	**1200**	**83**	**1400**	**120**

În calitate de standard utilizați componența lucrătorilor (pe sexe) în ambele întreprinderi.

Varianta 5

Distribuția persoanelor bolnave şi decedate de apendicită, în funcție de termenul spitalizării.

Termenul spitalizării (zile)	Raionul A		Raionul B	
	Nr. de bolnavi	Nr. de decedați	Nr. de bolnavi	Nr. de decedați
1 – 3	400	1	100	1
4 – 5	150	3	200	2
6 –7	50	6	300	10
Total	**600**	**10**	**600**	**13**

În calitate de standard utilizați suma numărului de bolnavi în spitalele nr. 1 şi nr.2, în funcție de termenul spitalizării.

Varianta 6

Distribuția bolnavilor cu ulcer stomacal şi duodenal în raioanele A şi R

S e x u l	Raionul A		Raionul R	
	Nr. de persoane externate	Nr. de bolnavi	Nr. de persoane externate	Nr. de bolnavi
Bărbaţi	120	15	1000	40
Femei	1500	120	900	50
Total	**1620**	**135**	**1900**	**90**

În calitate de standard utilizaţi suma persoanelor examinate în ambele raioane.

Varianta 7

Distribuţia bolnavilor cu abdomen acut şi a persoanelor decedate de această patologie în spitalele A şi B, în funcţie de timpul internării în staţionar de la debutul bolii.

Timpul internării în staţionar	Spitalul A		Spitalul B	
	Nr. de bolnavi	Nr. de decedaţi	Nr. de bolnavi	Nr. de decedaţi
Până la 6 ore	650	72	490	34
6 ore şi mai mult	581	106	1116	272
Total	**1131**	**178**	**1606**	**306**

În calitate de standard utilizaţi componenţa bolnavilor, în funcţie de timpul internării în staţionar pentru ambele spitale (suma).

Varianta 8

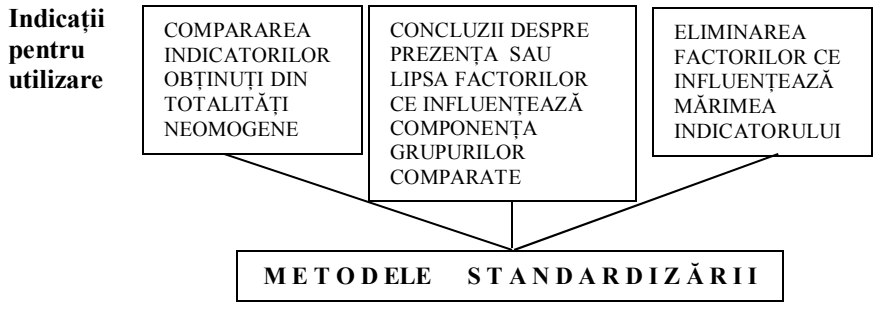
Distribuţia copiilor bolnavi de infecţii respiratorii acute, în funcţie de vârstă şi frecventarea instituţiilor preşcolare.

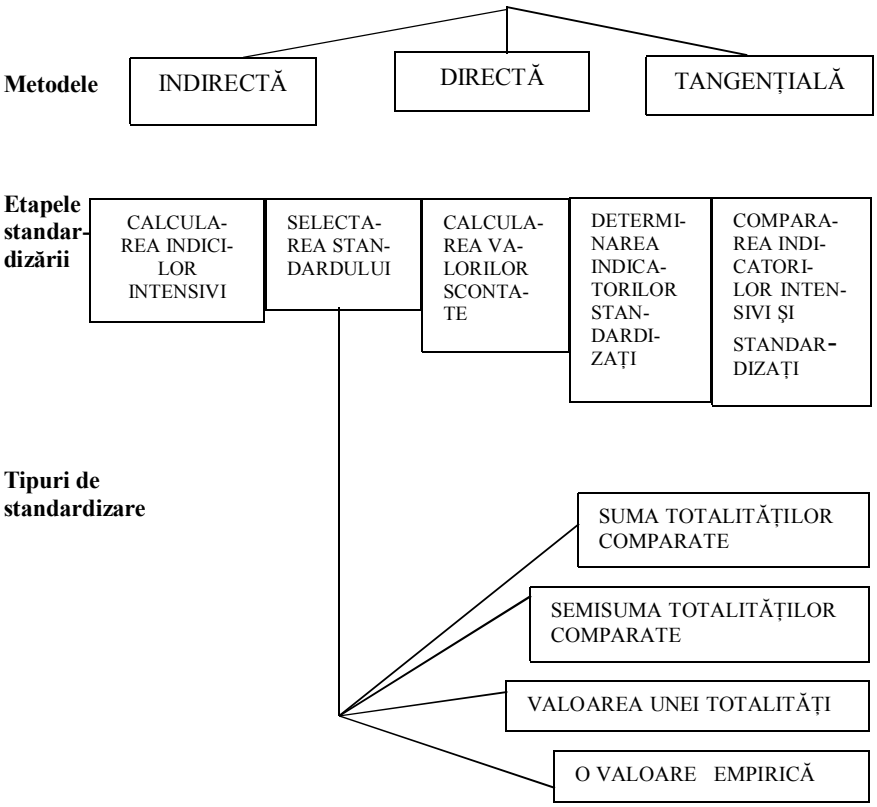
Vârsta (ani)	Frecventează instituţiile preşcolare		Sunt educaţi acasă	
	Total	Dintre ei bolnavi de IRA	Total	Dintre ei bolnavi de IRA
Până la un an	50	15	100	10
1 – 3	100	15	120	15
4 – 7	200	50	80	20
Total	**350**	**80**	**300**	**45**

În calitate de standard utilizaţi componenţa pe grupele de vârstă a copiilor educaţi acasă.

Structura logică

Tema: STANDARDIZAREA





Tema: SERIILE CRONOLOGICE

Scopul lecției practice: studierea metodologiei de analiză a seriilor cronologice.

Argumentarea scopului

Unul din obiectivele principale ale sistemului sanitar reprezintă studierea sănătății populației, precum şi analiza caracterului şi volumului de activitate a instituțiilor medicale.

Depistarea anumitelor legități ce țin de calitatea asistenței medicale prestate populației poate fi efectuată de timp – în dinamică.

În statistica medicală, în aceste scopuri sunt utilizate pe larg seriile cronologice. De aceea este important ca medicii să cunoască metodele de alcătuire, ajustare şi analiză a seriilor cronologice.

Sarcini instructiv-metodice:

1. A cunoaşte regulile de alcătuire a seriilor cronologice.
2. A cunoaşte metodele de ajustare a seriilor cronologice.
3. A însuşi metodologia de calculare şi analiză a indicatorilor seriei cronologice.

Întrebări de control:

1. Definiți seria cronologică.
2. În ce cazuri utilizăm seriile cronologice.
3. Ce tipuri de serii cronologice cunoaşteți ?
4. Prin ce se deosebesc seriile cronologice de diferit tip ?
5. Prin ce metode se ajustează seriile cronologice ?
6. Cum se efectuează mărirea intervalului ?
7. Cum se calculează media de grup şi media glisantă ?
8. Ce indicatori utilizăm pentru analiza seriei cronologice ?
9. Cum calculăm sporul absolut, ritmul creşterii, ritmul sporului, valoarea absolută a unui procent de spor şi indicele ilustrativ (demonstrativ)?

Deprinderi practice:

1. A însuşi regulile de alcătuire a seriei cronologice.
2. A cunoaşte metodele de ajustare a seriei cronologice.

3. A cunoaşte metodele de calcul şi analiză a indicatorilor seriei cronologice.

Sarcini pentru studiul individual

În baza datelor prezentate în variantele respective (1–8), este necesar de a: determina tipul seriei cronologice, în caz de necesitate, de a ajusta seria cronologică, de a calcula sporul absolut, ritmul de creştere, ritmul sporului, valoarea unui procent de spor, indicele ilustrativ (demonstrativ), de a analiza seria cronologică şi a trage concluziile respective.

Exemplu de rezolvare a problemei

Dinamica morbidității prin dizenterie la copii în r-nul „C" pentru anii 1997 –2002 (la 10000 copii).

1997 – *42,0*	2000 – *41,0*
1998 – *47,* 0	2001 – *39,0*
1999 – *40,0*	2002 – *35,0*

E necesar:

1) de a determina tipul seriei cronologice;

2) de a ajusta seria cronologică prin calcularea mediei glisante;

3) *de a calcula indicatorii seriei cronologice, inclusiv cel ilustrativ.*

1. Seria cronologică este compusă, deoarece nivelurile seriei sunt prezentate prin valori relative (indici intensivi).
2. Ajustarea seriei cronologice prin metoda calculării glisante:

$$\frac{42 + 47 + 40}{3} = 43; \quad \frac{47 + 40 + 41}{3} = 42; \quad \frac{40 + 41 + 39}{3} = 40;$$

$$\frac{41 + 39 + 35}{3} = 38$$

După ajustarea seriei cronologice se observă dinamica fenomenului, diminuarea nivelului de morbiditate prin dizenterie.

3. Calcularea indicatorilor seriei cronologice:

a) **sporul absolut (diferența dintre nivelul următor şi cel precedent).**

pentru a. 1998 = *47, 0 – 42,0 = 5* pentru a. 2001 = *39,0 – 41,0 = - 2*
pentru a. 1999 = *40,0 – 47,0 = -7* pentru a. 2002 = *35,0 – 39,0 = -4*
pentru a. 2000 = *41,0 - 40,0 = 1*

b) **calcularea ritmului de spor (raportul procentual dintre sporul absolut şi nivelul precedent):**

$$\text{pentru a. 1998} = \frac{5 \times 100}{42} = 11{,}9\% \qquad \text{pentru a. 2001} = \frac{-2 \times 100}{41} = -4{,}8\%$$

$$\text{pentru a. 1999} = \frac{-7 \times 100}{47} = -14{,}8\% \qquad \text{pentru a. 2002} = \frac{-4 \times 100}{39} = -10{,}2\%$$

$$\text{pentru a.2000} = \frac{1 \times 100}{40} = -2{,}5\%$$

c) **calcularea unui procent de spor (raportul dintre sporul absolut şi ritmul de spor):**

$$\text{pentru a.1998} = \frac{5}{11{,}9} = 0{,}42\% \qquad \text{pentru a.2001} = \frac{-2}{4{,}8} = -0{,}4\ \%$$

$$\text{pentru a.1999} = \frac{-7}{14{,}8} = -0{,}47\% \qquad \text{pentru a.2002} = \frac{-4}{10{,}2} = 0{,}39\%$$

$$\text{pentru a.2000} = \frac{1}{2{,}5} = -0{,}4\ \%$$

d) **calcularea ritmului de creştere (raportul procentual dintre nivelul următor şi cel precedent);**

$$\textit{pentru a.1998} = \frac{4{,}7 \times 100}{42{,}0} = 111{,}9\% \qquad \textit{pentru a.2001.} = \frac{39{,}0 \times 100}{41{,}0} = 95{,}1\%$$

$$\textit{pentru a.1999} = \frac{40{,}0 \times 100}{47{,}0} = 85{,}1\% \qquad \textit{pentru a.2002} = \frac{35{,}0 \times 100}{39{,}0} = 89{,}7\%$$

$$\textit{pentru a.2000} = \frac{41{,}0 \times 100}{40{,}0} = 102{,}5\%$$

e) Indicele ilustrativ (fiecare nivel raportat la unul obținut la 100%):

1997 r. – 42 - 100 %
pentru 1998 r. – 47 - **x** $\quad \mathbf{x} = \frac{47 \cdot 100}{42} = 111{,}9\ \%$

1997 r. – 42 – 100 %
pentru 2001 r. – 39 - **x** $\quad \mathbf{x} = \frac{39 \cdot 100}{42} = 92{,}8\ \%$

1997 r. – 42 - 100 %
pentru 1999 r. – 40 - **x** $\quad \mathbf{x} = \frac{40 \cdot 100}{42} = 95{,}2\ \%$

1997 r. – 42 – 100 %
pentru 2002 r. – 35 - **x** $\quad \mathbf{x} = \frac{35 \cdot 100}{42} = 83{,}3\ \%$

1997 r. – 42 - 100 %
pentru 2000 r. – 41 - **x** $\quad \mathbf{x} = \frac{41 \cdot 100}{42} = 97{,}6\ \%$

Rezultatele obținute se înscriu în tabelul de analiză a datelor:

Anii **Indicii**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**
Morbiditate prin dizenterie	**42,0**	**47,0**	**40,0**	**41,0**	**39,0**	**35,0**
Sporul absolut (+; -)	–	**5**	**-7**	**1**	**-2**	**-4**
Ritmul de spor (în %; +; -)	–	**11,9 %**	**- 14,8 %**	**2,5 %**	**- 4,8 %**	**-10,2 %**
Valoarea absolută a unui procent de spor	–	**0,42**	**0,47**	**0,4**	**0,41**	**0,39**
Ritmul de creştere	-	**111,9 %**	**85,1 %**	**102,5 %**	**95,1 %**	**89,7 %**
Indicele ilustrativ	**100 %**	**111,9**	**95,2**	**97,6**	**92,8**	**83,3**

Concluzii:

Analizând nivelul dizenteriei la copii în r-nul C în perioada anilor 1997–2002, putem concluziona:

1. Nivelul dizenteriei la copii pe parcursul anilor studiați diminuează treptat cu excepția a.1998.

2. Cel mai mare ritm de scădere se înregistrează în a.1999, când indicatorul constituie 14,8%, cu 10% mai puțin decât în a.2001.
3. Ritmul de creştere indică valori maxime în a.1998 (111,9%), cele mai mici valori înregistrându-se în a.1999 – 8,5% şi a.2002 – 89,7%.
4. Valoarea unui procent de spor variază de la 0,47 până la 0,39, înregistrând valori maxime în a.1999.

Varianta 1

Numărul populației din Moldova (mii)

1996 – *4320,0*	1998 – *4293, 0*	2000 – *4264,3*	2002 – *4228,9*
1997 – *4304,7*	1999 – *4281,5*	2001 – *4247,7*	

Varianta 2

Durata medie de viață a populației din Moldova.

1997 – *66,9*	1999 – *67,4*	2001 – *68,2*
1998 – *67,6*	2000 – *67,6*	2002 – *68,7*

Varianta 3

Morbiditatea nou-născuților (la 1000 copii).

Anul	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**
Nr.bolnavi	305,3	343,4	389,5	366,0	339,8	308,8	266,1

Varianta 4

Numărul de studenți ce îşi fac studiile în USMF „N. Testemițanu”.

Anul	**1955**	**1965**	**1975**	**1985**	**1995**	**2002**
Nr.absolvenți	*100*	*316*	*666*	*766*	*790*	

Varianta 5

Invaliditatea la copii în Republica Moldova (la 1000 copii până la 15 ani inclusiv).

Anul	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**
Nr.medici	*11,1*	*11,8*	*12,7*	*12,5*	*12,6*	*15,6*	*16,3*

Varianta 6

Numărul de cazuri de HIV/SIDA în Moldova.

Anul	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2002**
Nr. de cazuri	*7*	*47*	*404*	*408*	*155*	*174*	*199*

Varianta 7

Numărul de îmbolnăviri prin pneumonie, înregistrate la copii în primul an de viață în raionul „N".

Luna	**Numărul de cazuri**	Luna	**Numărul de cazuri**
Ianuarie	*150*	Iulie	*75*
Februarie	*170*	August	*70*
Martie	*190*	Septembrie	*90*
Aprilie	*100*	Octombrie	*85*
Mai	*95*	Noiembrie	*110*
Iunie	*80*	Decembrie	*130*

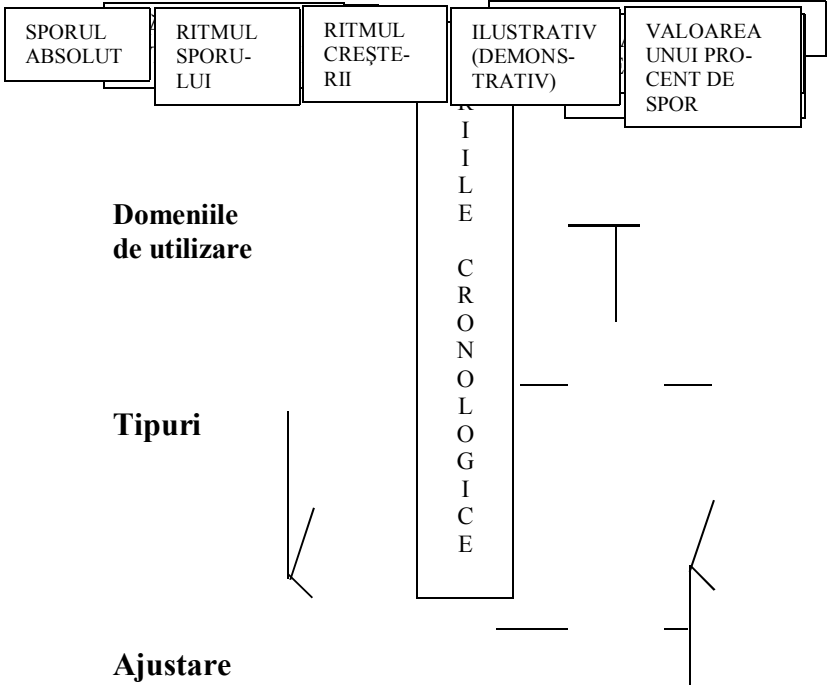
Varianta 8

Asigurarea cu medici în Moldova (la 10 000 populație)

Anii	**1970**	**1980**	**1990**	**1995**	**2000**	**2001**	**2002**
Medici	*42,0*	*40,0*	*37,5*	*37,1*	*32,6*	*31,4*	*35,4*

Structura logică

Tema: SERIILE CRONOLGICE



Tema: ANALIZA DE CORELAȚIE

Scopul lecției: studierea metodei de determinare a formei, direcției şi gradului de legătură dintre caracterele totalității statistice.

Sarcini instructiv-didactice

A însuşi:

1. Importanţa practică de folosire a coeficienţilor de corelaţie şi analiza lor;
2. Căile de calculare a coeficientului de corelaţie.
3. Metoda de apreciere a veracităţii coeficienţilor de corelaţie.

Argumentarea scopului

Coeficienţii corelaţiei au o importanţă mare în medicină. În activitatea practică medicul întâlneşte des o mulţime de date ce caracterizează*: dezvoltarea somatometrică şi psihică a individului sau a unei grupe de persoane, o serie de factori favorabili şi nefavorabili ai mediului social şi ambiant ce influenţează asupra sănătăţii populaţiei*. Pentru medic e necesar de a determina nu numai prezenţa, dar şi direcţia, gradul legăturii dintre aceste fenomene. Iată de ce medicul-practician, în cazurile apariţiei necesităţii aprecierii relaţiilor dintre diferite fenomene, e obligat să cunoască metodele de calculare a coeficientului de corelaţie.

Întrebări pentru autocontrol

1. Daţi definiţia corelaţiei.
2. Care sunt formele de corelaţie pe baza exemplelor concrete?
3. Ce ne permite să determinăm coeficientul de corelaţie, calculat prin metoda parametrică (r_{xy}) şi eroarea sa medie (m^r)?
4. Ce tipuri de corelaţie dintre fenomene pot fi conform:

a) direcţiei;
b) legăturii?

5. Determinaţi metoda şi scrieţi formula de calcul al coeficientului de corelaţie. Explicaţi semnele distinctive.
6. Cum se determină eroarea medie (m^r) şi criteriul de veracitate (t) al coeficientului de corelaţie calculat prin metoda parametrică (Person)? Faceţi o analiză şi o apreciere a rezultatelor obţinute.
7. În ce cazuri corelaţia se determină prin metoda de rang (Spearmen)?

8. Indicați formula de calcul al coeficientului de corelație după rang (r_{xy}), a erorii medii (m_{xy}) şi criteriul de veracitate (t). Explicați semnele distinctive.
9. Care e consecutivitatea calculelor şi analizei coeficientului corelației prin metoda de rang.

Deprinderi practice

A cunoaşte:
1. Cum se calculează coeficientul corelației prin metoda parametrică şi de rang?
2. A şti metoda:
a) calculării erorii medii şi a criteriului veracității coeficientului de corelație;
b) analizei coeficientului de corelație şi de alcătuire a concluziilor corespunzătoare.

Sarcini pentru studiul individual

În baza datelor indicate în variantele respective, se cere a calcula coeficientul de corelație prin metoda parametrică.

Varianta 1

Vârsta mamei şi cantitatea de lapte stors sau supt la o singură alăptare:

Vârsta mamei (ani)	21	24	27	30	33
Cantitatea laptelui (gr)	120	110	105	100	95

Varianta 2

Înălțimea şi greutatea corpului la 7 fetițe de 5 ani:

Înălțimea (cm)	87	88	89	90	91	92	93

Greutatea corpului(kg)	12	13	15	15	16	16	18

Varianta 3

Nivelul tensiunii arteriale sistolice şi diastolice (mm a coloanei de mercur) la 7 adolescenţi în vârsta de 17 ani:

Sistolică	105	115	115	112	113	120	125
Diastolică	65	70	65	65	70	75	80

Varianta 4

Nivelul de asigurare cu medici-stomatologi (la 1000 oameni) şi ponderea copiilor sanaţi în cadrul a 5 raioane:

	B	D	O	N	U
Asigurarea cu medici ($\%^0$)	2,3	3,2	3,4	3,6	3,9
Ponderea copiilor sanaţi (%)	65,7	91,7	88,0	91,4	90,3

Varianta 5

Externarea tardivă din spital în cazurile spitalizării repetate a bolnavilor cu boli cronice în 10 secţii de profil a spitalului central raional:

Numărul de bolnavi spitalizaţi în cazurile										
Repetate (abs)	25	23	20	18	19	22	19	21	24	18
Numărul de bolnavi externaţi										
Tardiv (abs)	13	10	10	8	7	12	9	10	13	8

Varianta 6

Analiza sanitaro-igienică a apei din 6 fântîni a determinat:

Duritatea apei (grade)	6	9	11	14	18	20
Cantitatea de calciu						
În apă (mgr1)	30	35	42	45	48	52

Varianta 7

Numărul naşterilor precoce şi morbiditatea copiilor nou-născuţi în 6 raioane:

	B	V	E	D	G	K
Morbiditatea copiilor Nou-născuţi (abs)	44	49	71	69	55	42
Naşterile precoce (abs)	65	98	71	69	80	85

Varianta 8

Complicaţiile postoperatorii şi timpul trecut din momentul accesului acut de pancreatită până la începutul operaţiei:

Timpul (ore)	3	5	7	10	13	16
Numărul de complicaţii (abs)	6	8	12	19	20	24

Exemplu de calcul al coeficientului de corelaţie.

Este necesar a stabili corelaţia dintre numărul născuţilor prematuri şi mortalitatea neonatală precoce.

Tabelul 1

Raionul	Numărul născuţilor prematuri faţă de cei vii (în %) x	Mortalitatea neonatală precoce y	dx	dy	d^2x	d^2y	dxdy
1	2	3	4	5	6	7	8
Leova	3,2	3,6	-2,375	-2,35	5,64	5,52	5,58
Anenii Noi	4,2	4,5	-1,375	-1,45	-1,89	2,10	1,99
Soroca	5,1	5,7	-0,475	-0,25	0,23	0,0625	0,19
Basarabeasca	5,3	5,5	-0,275	-0,45	0,076	0,20	0,12
Cahul	5,6	6,0	+0,025	+0,05	0,0006	0,0025	0,001
Sângerei	5,9	6,9	+0,325	+0,95	0,9	0,9	0,31
Glodeni	7,5	8,0	+1,925	+2,05	3,17	4,20	3,95
Călăraşi	7,8	7,4	+2,225	+1,45	4,95	2,1	3,23

i. Alcătuim suma variantelor „x” şi „y” (coloana 2 şi 3).

ii. Calculăm media aritmetică a seriilor variabilelor „x” şi „”.

Mx = 44,6:8 = 5,575

My = 47,6:8 = 5,95

Tabelul 1a

Corelaţia între proporţia născuţilor prematuri şi mortalitatea neonatală precoce

Nr.	Raionul	Proporţia născuţilor prematuri (x)	Mortalita-tea neo-natală (y)	dx	dy	dx^2	dy^2	dxdy
	1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Leova	3,2	3,6	-2,375	-2,35	5,64	5,52	5,58
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
	Total.	44,6	47,6	–	–	23,03	15,085	15,371

3. Găsim valorile dx şi dy.

$dx_{Leova} = X_{Leova} – Mx$ (coloana 4)

$dy_{Leova} = Y_{Leova} – My$ (coloana 5)

Analogic găsim pentru fiecare raion.

4. Determinăm dx^2 şi dy^2.

$dx^2_{Leova} = (-2,375)^2 = 5,64$ (coloana 6)

$dy^2_{Leova} = (-2,35)^2 = 5,52$ (coloana 7)

$\Sigma dx^2 \cdot \Sigma dy^2$ $23,03 \cdot 15,085$

Analogic găsim pentru fiecare raion.

5. Înmulțim între ele valorile numerice ale lui dx şi dy şi căpătăm în fiecare rând dx · dy.

$dx \cdot dy_{Leova} = (-2,375) \cdot (-2,35) = 5,58$ (coloana 8)

Analogic găsim pentru fiecare raion.

6. Calculăm suma coloanelor 6, 7, 8.

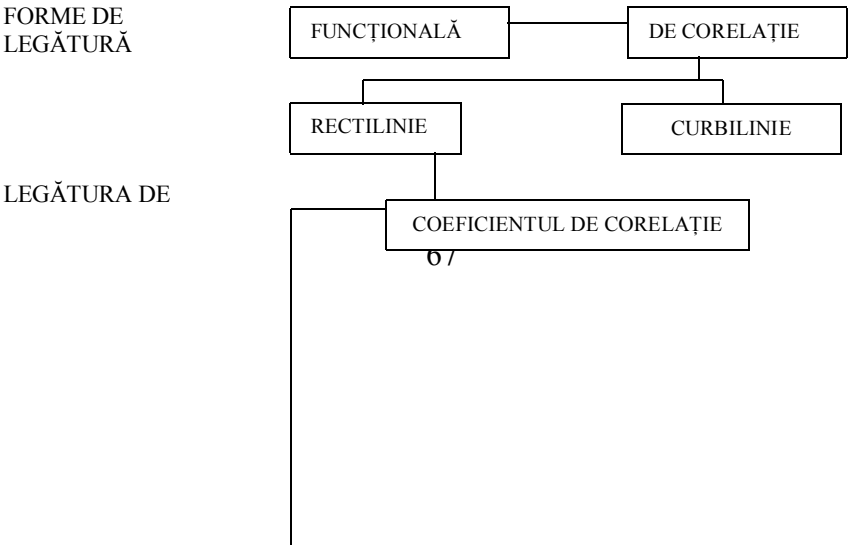
7. Introducem date în formula:

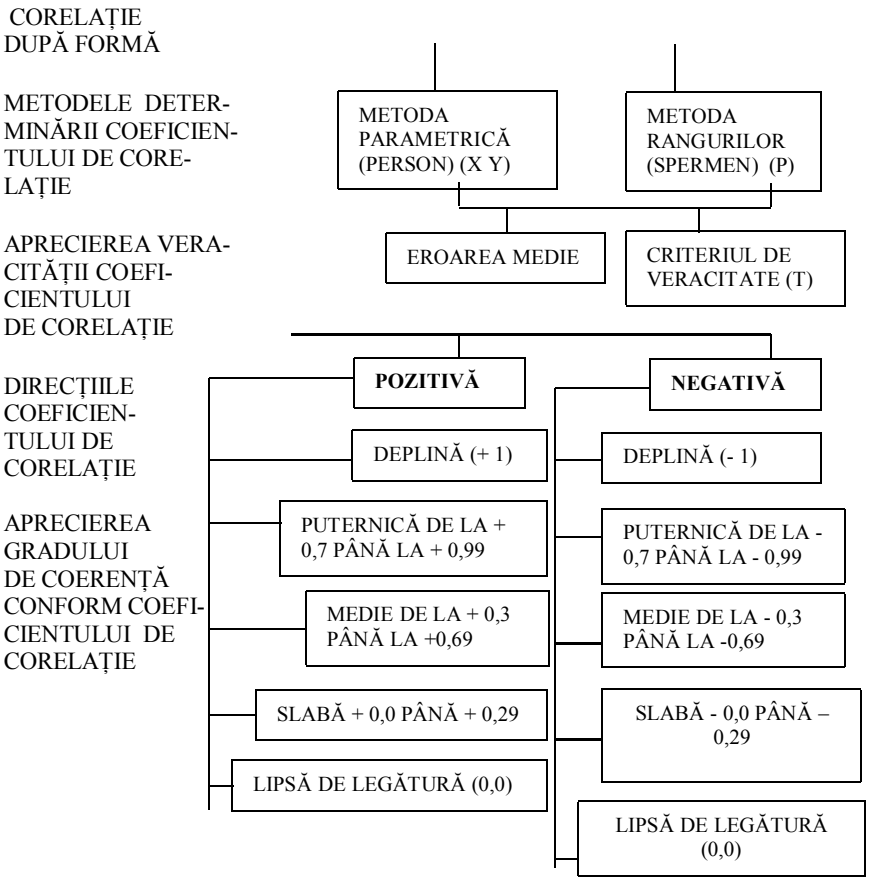
$$2\,xy = \frac{\Sigma\, dx \cdot dy}{\sqrt{\quad\quad}} = \frac{15,371}{\sqrt{\quad\quad}} = 0,82$$

Concluzie: A fost determinată legătura directă şi puternică dintre numărul născuților prematuri şi mortalitatea neonatală precoce.

Structura logică

Tema: ANALIZA DE CORELAȚIE





Tema: ANALIZA REGRESIEI

Scopul lecției: a însuşi metoda de calcul şi analiza fenomenelor studiate.

Sarcini instructiv-didactice

1. Însuşirea bazelor teoretice ale regresiei.
2. Aprecierea metodei de calcul al coeficienților.
3. Aprecierea importanței practice a regresiei.

Argumentarea scopului

Multe din fenomenele ce le studiază medicina socială au între ele o strânsă legătură, exprimată printr-o interdependenţă cauzată de consecinţa care se adevereşte cu ajutorul coeficientului de corelaţie. Această metodă însă nu ne permite a afla schimbările cantitative ale unei valori în funcţe de schimbările cantitative ale unei valori dependente de schimbările de acest mod ale altei valori.

Pentru a determina acţiunea reciprocă a factorilor ori influenţa lor asupra unui indice rezultativ, se foloseşte analiza de regresie şi coeficienţii regresiei.

Metoda regresiei oferă posibilitatea de a determina valoarea numerică a unui fenomen (spre exemplu, greutatea), în funcţie de mărimea altui fenomen (înălţimea), fără a întreprinde măsurări speciale.

Cu ajutorul coeficientului de regresie se poate aprecia dezvoltarea somatometrică a copiilor ori adolescenţilor, folosindu-se în mod practic scara de regresie şi graficul ei.

Întrebări pentru autocontrol

1. Cum putem cunoaşte dacă există sau nu vreo legătură de dependenţă între seriile de valori ale două fenomene?
2. Determinaţi noţiunea de regresie.
3. Prin ce se exprimă dependenţa fenomenelor în analiza de regresie?
4. Ce fel de ecuaţii se folosesc în analiza de regresie?
5. Explicaţi ecuaţiile regresiei rectilinii.
6. Când se aplică ecuaţia regresiei rectilinii?
7. Ce exprimă coeficientul de regresie?
8. Indicaţi formula de calcul al coeficientului de regresie.
9. Prin ce se exprimă diversitatea caracterelor individuale în analiza regresiei?

10. Indicați formula deviației standard (deviației mediei pătratice) a regresiei?
11. Cum se determină limitele de variație a funcției (y), în funcție de schimbările argumentului (x)?
12. Ce se subînțelege sub termenul scara regresiei?
13. Cum se construieşte graficul scării regresiei?
14. Apreciați valoarea practică a graficului scării regresiei.
15. Ce metodă grafică se construieşte pe principiul scării regresiei?
16. Care e rolul analizei regresiei în aprecierea dezvoltării somatometrice a copiilor şi adulților?

Deprinderi practice

1. A cunoaşte metoda de calcul al coeficienților de regresie şi folosirea lor în practica ocrotirii sănătății.
2. A însuşi metoda de determinare a erorii medii (mb_{xy}) a regresiei şi aplicarea ei practică.
3. A construi scara regresiei şi a o folosi în mod practic.

Sarcini pentru studiul individual

În baza datelor indicate în variantele respective e necesar a determina:

1. coeficientul regresiei Ry/x (b_{yx}) şi a explica interpretarea;
2. valoarea unui caracter (y) pe baza altui caracter cunoscut (x), folosind datele inițiale;
3. a forma scara regresiei;
4. a construi graficul scării regresiei;
5. a stabili limitele de ondulare a unui caracter individual (y), în funcție de valoarea medie a altui caracter cunoscut (x).

Rezolvând exercițiile fiecărei variante, e necesar a respecta riguros consecutivitatea întrebărilor indicate mai sus.

Varianta 1

Cazul dat include indici ai staturii şi greutăţii a 134 de adolescenţi în vârstă de 16 ani din localităţi rurale ale Moldovei

1. Statura (cm) (x)
2. Greutatea (kg)
1. $r_{xy} = \pm 0,759$
2. $S_x = 0,64$ cm
3. $S_y = 8,08$ kg
4. $M_x = 164,42 \pm 0,73$ cm
5. $M_y = 58,76 \pm 0,68$ kg

Când x = 160 cm care va fi valoarea lui „y”?

Varianta 2

Vârsta mamei şi cantitatea laptelui supt de copil şi stors

1. Vârsta mamei (ani) (x)
2. Cantitatea laptelui (gr) (y)

1. $r_{xy} = -0,986$
2. $Sig._x = \pm 4,7$ ani
3. $Sig._y = \pm 9,6$ gr.
4. $M_x = 27$ ani
5. $M_y = 1,06$ gr.

Când x = 26 ani, care va fi valoarea lui y?

Varianta 3

Statura şi greutatea unui grup de fetiţe din localităţile rurale ale Moldovei în vârstă de 4 ani:

1. $r_{xy} = +0,94$
2. $Sig._x = 3,93$ cm
3. $Sig._y = 1,72$ kg
4. $M_x = 99,5 \pm 0,39$ cm
5. $M_y = 15,84 \pm 0,16$ kg

Când x = 103 cm care e valoarea lui y?

Varianta 4

Frecvența complicațiilor la bolnavii de „abdomenul acut”, în funcție de termenele de spitalizare:

1. Termenul de spitalizare (ore) (x)
2. Frecvența complicațiilor la bolnavii de “abdomenul acut” (în %) - (y)

r_{xy} = + 0,97

2. $S_x = \pm 3,05$ ore
3. $S_y = \pm 1,73\%$
4. $M_x = 5,5$ ore
5. $M_y = 4,4\%$

Când x = 10 ore care e valoarea lui y?

Varianta 5

Statura şi greutatea studenților a USMF „N. Testemițanu” anul I şi II.

Statura (cm) – x

Greutatea (kg) – y

1. Sxy = +0,70
2. Sx = ±4,14
3. Sy = ±2,14
4. Mx = 58,6 kg
5. My = 164,9 cm

Când „x”= 170 cm care e valoarea lui „y”?

Varianta 6

Statura şi perimetrul toracic la 112 băieți moldoveni din oraşul Chişinău, în vârstă de 7 ani:

1. Statura (cm) (x)
2. Perimetrul toracic

1. $r_{xy} = 0,52$ cm
2. $S_x = \pm 5,66$ cm
4. $M_x = 121,44$
5. $M_y = 60,60$

3. $S_y = \pm 2{,}96$ cm

Când x = 125 cm care e valoarea lui y?

Varianta 7

Statura şi greutatea a 121 elevi în vârstă de 10 ani din localitățile rurale ale Moldovei.

1. Statura (cm) (x)
2. Greutatea (kg) (y)

1. $r_{xy} = 0{,}708$
2. $S_x = \pm 5{,}84$ cm
3. $S_y = \pm 3{,}52$ kg
4. $M_x = 129{,}84$
5. $M_y = 28{,}44$

Când x = 140 cm care e valoarea lui y?

Exemplu de calcul al coeficientului de regresie:

Statura şi greutatea a 300 de elevi moldoveni din localitățile urbane în vârstă de 12 ani:

1. Statura (cm) (x)
2. Greutatea (kg) (y)

1. $r_{xy} = +0{,}76$
2. $S_x = \pm 6{,}02$ cm
3. $S_y = \pm 4{,}1$ kg
4. $M_x = 140{,}22$
5. $M_y = 33{,}52$

Când x = 143 cm care e valoarea lui y ?

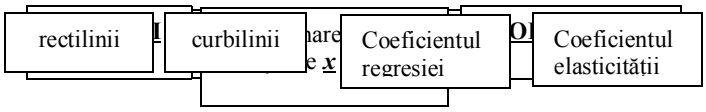
1. Determinăm coeficientul de regresie

$$b_{xy} = S_{xy} \frac{S_y}{S} = 0{,}766 \frac{4{,}1}{6{,}02} = 0{,}52 \text{ kg}$$

Deducția: mărirea înălțimii medii la grupul de elevi din localitățile urbane care a fost cercetat, cu 1 cm conduce la cruțarea greutății lor cu 0,52 kg.

2. Deteminăm mărimea greutății (y) când starea (x) este egală cu 143 cm.

$$y = \overline{y} + b_{y/x} (x - \overline{x})$$



y = 33,52 + 0,52 (143-140,22)
y = 34,96 kg

Statura şi greutatea a 300 de elevi din localităţile urbane în vârstă de 12 ani.

Statura (cm) – x
Greutatea (kg) – y

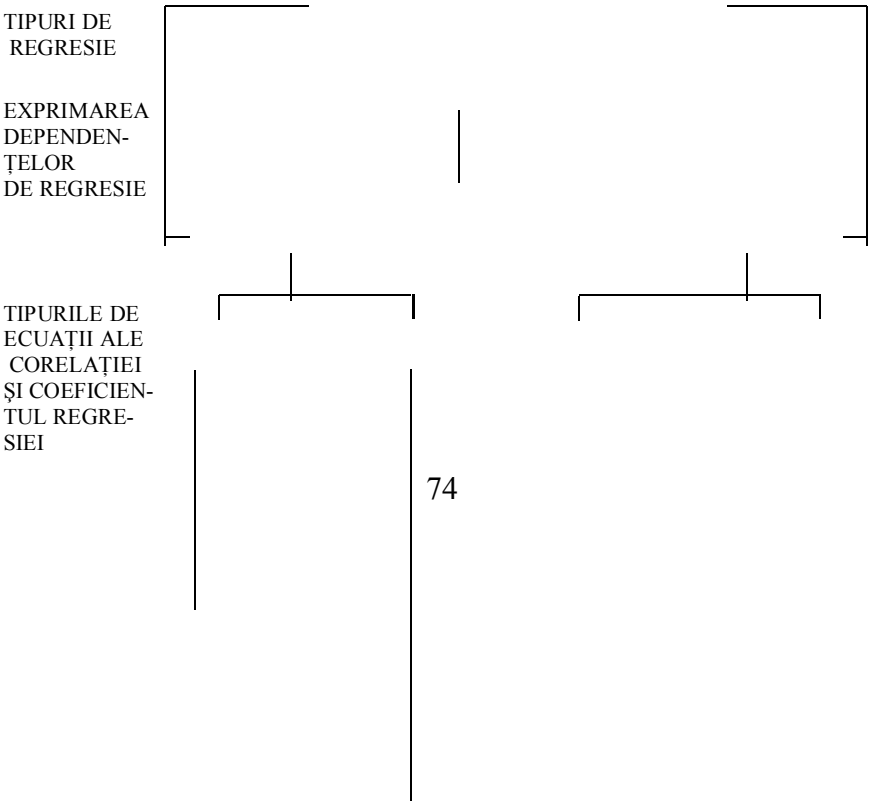
1. S_{xy} = +0,766
2. S_x = 6,02 cm
3. S_y = 4,1 kg
4. M_x ($\bar{x}$)= 140,22 cm
5. M_y ($\bar{y}$) = 33,52 kg

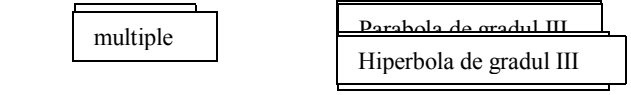
Când statura este de 143 cm, care e mărimea greutăţii?

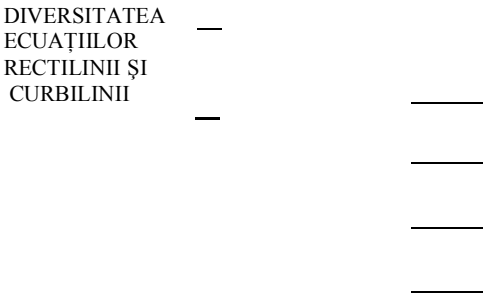
Concluzie: astfel, staturii de 143 cm îi corespunde greutatea de 34,96 kg.

Structura logică

Tema: ANALIZA REGRESIEI







Tema: APLICAREA METODELOR EPIDEMIOLOGICE ÎN STUDIEREA STĂRII DE SĂNĂTATE A POPULAŢIEI

Scopul lecției: a însuşi domeniile principale de aplicare a metodelor epidemiologice în practică.

Sarcini instructiv-didactice

1. A însuşi noțiunile de bază ale epidemiologiei şi aplicarea acestora în practica sănătății publice.
2. A însuşi tipurile de bază de cercetări epidemiologice şi a distinge diferite tipuri de studii.
3. A însuşi metoda de calculare şi analiză a indicatorilor în baza rezultatelor cercetărilor.

Argumentarea scopului

Epidemiologia este utilizată pe larg în toate domeniile de activitate a lucrătorilor din sistemul de sănătate: de la medicul curant (de familie) până la managerii de sănătate. În calitate de parte componentă a sănătății publice, epidemiologia furnizează date pentru acțiuni direcționate de sănătate publică. Rezultatele cercetărilor clinice (studiile rondomizate) oferă informații despre noi metode de tratament, noi medicamente, noi metode de diagnosticare etc. De aceea este de competența fiecărui specialist de diferit domeniu, mai cu seamă din domeniul sănătății publice, de a cunoaşte sferele de aplicare a epidemiologiei, pentru a putea implementa rezultatele cercetărilor, integrându-le în practica cotidiană a medicului generalist sau specialist, în scopul ameliorării stării de sănătate a populației.

Întrebări pentru autocontrol

1. Prezentați definiția şi obiectivele epidemiologiei.
2. Numiți domeniile de aplicare a epidemiologiei.
3. Numiți metodele utilizate în epidemiologie.
4. Numiți tipurile de cercetări epidemiologice, care este diferența dintre studiile experimentale şi cele neexperimentale.
5. Care sunt avantajele şi dezavantajele diferitelor tipuri de studii (descriptive şi observaționale, caz-control şi cohortă etc.)
6. Numiți tipurile de anchete epidemiologice.
7. Ce informație este prezentată în cadrul studiilor descriptive?
8. Ce informație este prezentată în cadrul studiilor observaționale?
9. Pin ce se deosebesc studiile experimentale de alte tipuri de studii?
10. Cu ajutorul căror indicatori se analizează rezultatele cercetărilor epidemiologice (descriptive şi analitice)?

Deprinderi practice

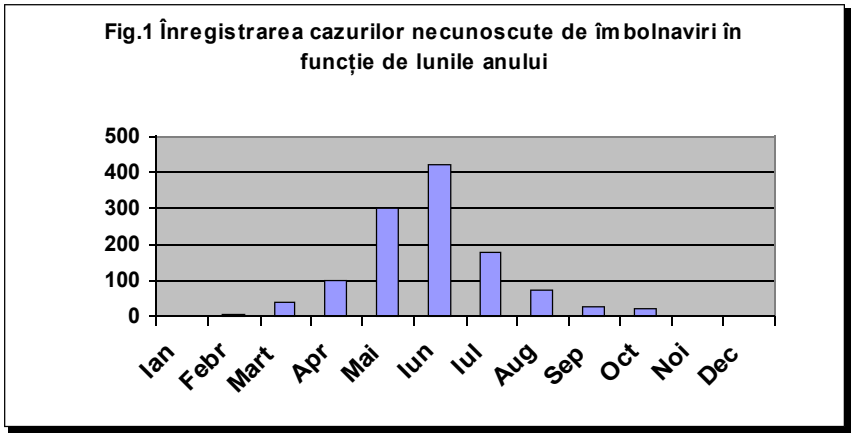
1. A însuşi tipurile de studii epidemiologice şi a le putea distinge;
2. A însuşi analiza rezultatelor ştiinţifice, obţinute în rezultatul studiilor descriptive, observaţionale (cohortă, caz-control) şi studiilor clinice randomizate.

Sarcini pentru studiul individual

Studenţii se repartizează în grupuri de lucru a câte 3–4 persoane pentru a rezolva problemele. În baza rezultatelor studiilor prezentate, este necesar de a analiza şi a descrie informaţia recepţionată şi de a formula concluziile respective.

Varianta I

Utilizând diagramele de mai jos, analizaţi rezultatele studiului descriptiv (evoluţia cazurilor de boală), în funcţie de timp.



Utilizând rezultatele cercetării epidemiologice din tabelul prezentat mai jos, analizați rezultatele, în funcție de loc, vârstă şi statut socio-economic (de persoană).

Tabelul 1

Incidența maladiei înregistrate în localitățile M şi C, în funcție de loc şi vârstă

Grupe de vârstă (ani)	Rural			Urban		
	Populația	Nr. de cazuri	Rata la 1000	Populația	Nr. de cazuri	Rata la 1000
sub 1 an	327	0	0	365	0	0
1	233	2	8,6	205	1	4,9
2	408	30	73,5	365	16	43,8
3	368	26	70,7	331	28	84,6
4	348	33	94,8	321	32	99,7
5–9	1,574	193	122,6	1531	174	113,7
10–14	1,329	131	98,6	1276	95	74,5
15–19	1,212	4	3,3	1510	17	11,3
20–24	1,055	1	0,9	1280	51	39,8
25–29	882	1	1,2	997	75	75,2

30–34	779	4	5,1	720	47	65,3
35–39	639	4	6,3	646	51	78,9
40–44	469	10	21,3	485	34	70,1
45–49	372	7	18,8	343	18	52,5
50–54	263	13	49,4	263	12	45,6
55–59	200	5	25,0	228	6	26,3
60–64	164	9	53,6	153	3	19,6
65–69	106	4	37,7	105	2	19,1
peste 70	80	6	75,0	114	2	17,5
Total	**10 812**	**483**	**44,7**	**11 238**	**664**	**59,1**

Tabelul 2

Incidența maladiei înregistrate în localitatea M, în funcție de statutul socio-economic

Statutul socio-economic	Nr. de cazuri	Populația	Rata la 1000
Categoria 1 (cea mai saracă)	99	796	124,4
Categoria 2	240	2888	83,1
Categoria 3	260	4868	53,4
Categoria 4	177	5035	35,2
Categoria 5	132	5549	23,8
Categoria 6	23	1832	12,6
Categoria 7 (cea mai bogată)	2	769	2,6
Total	**933**	**21 737**	**42,9**

Varianta 2

Utilizând rezultatele cercetării epidemiologice din tabelul prezentat mai jos, analizați rezultatele, în funcție de ocupație, sex şi vârstă (de persoană).

Tabelul 3

Incidența maladiei înregistrate în localitatea M, în funcție de ocupație, sex şi vârstă

Sex	Agricultor?	Grupa de vârstă (ani)	Bolnavi	Sănătoşi	Total	Procentul de bolnavi
Femei	**Da**	Sub 10	0	0	0	–
		10–19	2	330	332	0,6
		20–29	4	194	198	2,0
		30–44	2	93	95	2,1
		45–54	0	9	9	0
		Peste 55	0	5	5	0
Femei	**Nu**	Sub 10	28	577	605	4,6
		10–19	5	200	205	2,4
		20–29	12	204	216	5,6
		30–44	16	220	236	6,8
		45–54	4	91	95	4,2
		Peste 55	1	92	93	1,1
Bărbați	**Da**	Sub 10	0	0	0	–
		10–19	3	355	358	0,8
		20–29	1	361	362	0,3
		30–44	3	318	321	0,9
		45–54	0	93	93	0
		Peste 55	1	51	52	1,9
Bărbați	**Nu**	Sub 10	23	629	652	3,5
		10–19	4	161	165	2,4

		20–29	1	12	13	7,7
		30–44	0	10	10	0
		45–54	1	14	15	6,7
		Peste 55	4	26	30	13,3

Varianta 3

Utilizând rezultatele cercetării epidemiologice – studiu de cohortă, este necesar de calculat riscul relativ (RR) şi de interpretat rezultatele. Scopul cercetării a fost de a evalua factorii de risc pentru mortalitatea maternă în localitatea B.

Rezultate: din numărul total de gravide, la parteneriat şi lauze (4336) în vârstă de peste 30 ani au decedat 18 femei, iar din numărul total a celor în vârstă de sub 30 ani (4785) au decedat 11 femei.

Rezultatele	**Vârsta maternă**	
	≥ 30	**< 30**
Numărul de femei însărcinate, care au decedat la 42 zile după naştere	18	11
Numărul de femei însărcinate, care trăiau la 42 zile după naştere	4318	4774
Total	4336	4785

Varianta 4

Utilizând rezultatele cercetării epidemiologice, studiul caz-control este necesar de a calcula raportul probabilităţilor (OR – odds ratio) şi de interpretat rezultatele.

Scopul cercetării: de a evalua asocierea dintre inflamaţiile pelviene la femei şi utilizarea dispozitivelor intrauterine (DIU).

Rezultat	**Folosirea DIU**	
Informaţii pelviene	**În prezent utilizează DIU**	**Nici o metodă în prezent**
Da	891	724
Nu	518	967
Total	1369	1691

Varianta 5

Utilizând rezultatele cercetării clinice randamizate, calculaţi riscul relativ şi interpretaţi rezultatele.

Scopul studiului: de a evalua eficacitatea tratamentului prin metoda nouă faţă de metoda veche.

Rezultatele	**Expunere**	
	Metoda veche	**Metoda nouă**
Persoane cu complicaţii postoperatorii	10	9
Persoane fără complicaţii postoperatorii	133	140
Total	143	149

Exemplu de calculare şi interpretare a RR (riscului relativ) pentru studiile de cohortă şi studiile clinice rondomizate.

	Expuşi	**Neexpuşi**	**Total**
Subiecţii care dezvoltă rezultatul	a	b	a+b
Subiecţii care nu dezvoltă rezultatul	c	d	c+d
Total	a+c	b+d	a+b+c+d

$$RR = \frac{\text{Raportul rezultatului la subiecţii expuşi } (R_1)}{\text{Raportul rezultatului la subiecţii neexpuşi } (R_0)} = \frac{\frac{a}{a+b}}{\frac{c}{c+d}}$$

Exemplu:

Rezultat	Expunere		
	Operaţie prin metoda A	**Operaţie prin metoda B**	**Total**
Complicaţii chirurgicale	53	12	65
Fără complicaţii chirurgicale	2344	1097	3441

Numărul total	2397	1109	3506

$$RR = \frac{43/45}{23/3441} = \frac{1,96}{0,68} = 2,8$$

Interpretare:

RR = 1 – nici o asociere dintre expunere şi rezultat

RR > 1 – expunerea este factor de risc

RR < 1 – expunerea este factor de protecţie

Concluzie: Metoda A este asociată cu un risc mărit (de 2,8 ori) de complicaţii chirurgicale comparativ cu metoda B.

Exemplu de calculare şi interpretare a OR (odss ratio) – raportul probabilităţilor pentru studii sau control.

Expunere		**Boală (rezultat)**		
		Da (D +)	**Nu (D -)**	**Total**
E +	*Da*	a	b	a+b
E -	*Nu*	c	d	c+d
Total		a+c	b+d	a+b+c+d

$$OR = \frac{\text{Probabilitatea bolii în rândul expuşilor (cazuri)}}{\text{Probabilitatea bolii în rândul neexpuşilor (martor)}} = \frac{\text{probabilitatea } \frac{a}{a+c}}{\text{probabilitatea } \frac{b}{b+d}} = \frac{ad}{bc}$$

Exemplu:		**Decese**	
		Da	**Nu**
Diabet	Da	100	89
	Nu	811	2340

$$OR = \frac{ad}{bc} = \frac{100 \times 2340}{89 \times 811} = 3,2$$

Interpretare:

OR = 1 – nici o asociere dintre expunere şi rezultat

OR > 1 – expunerea este factor de risc

OR < 1 – expunerea este factor de protecţie

Studii clinice randomizate

LE **ST** **PER**

Descriptive

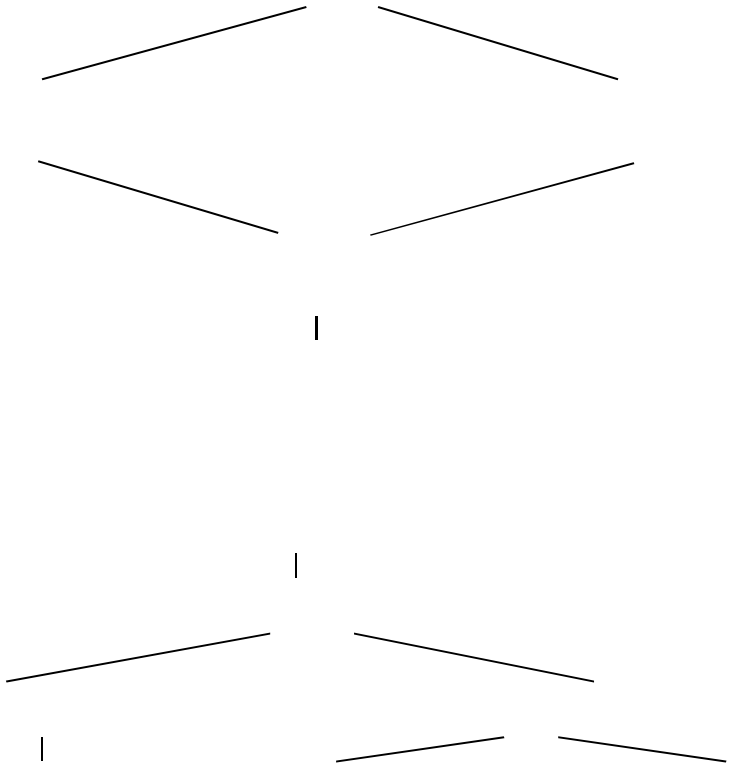
Observaționale

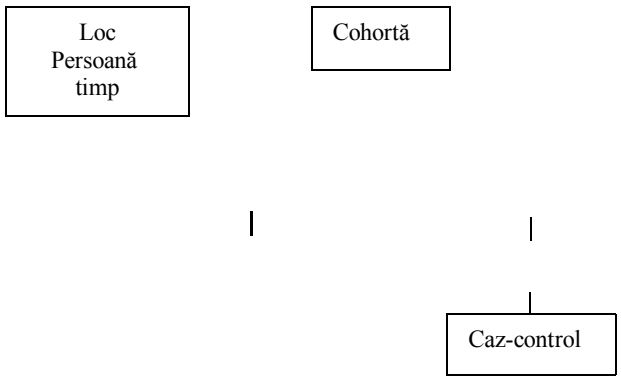
- eșantionarea
- metode speciale de determinare a loturilor incluse în studiu
- tehnici de măsurare a riscurilor
- tehnici de măsurare a supraviețuirii
- standardizarea etc.

ul persoanelor cu diabet este de 3,2 ori mai mare decât în rândul persoanelor fără diabet.

Structura logică

Tema: APLICAREA METODELOR EPIDEMIOLOGICE DE STUDIU AL SĂNĂTAȚII POPULAȚIEI





Tema: ETAPELE STUDIULUI STATISTIC

Scopul lecţiei practice: însuşirea şi aplicarea metodelor contemporane în activitatea instituţiilor ştiinţifico-practice pentru studierea diverselor aspecte ale Sănătăţii Publice şi activităţii instituţiilor sanitare.

Argumentarea scopului

Pentru ca medicul-practician să studieze şi să analizeze rezultatele activităţii sale, el trebuie să cunoască bine cerinţele generale, regulile, ordinea şi consecinţa acţiunilor necesare pentru cercetarea diverselor fenomene în activitatea sa ştiinţifico-practică. Luând în considerare faptul că volumul informaţiei despre starea sănătăţii populaţiei, activităţii instituţiilor ştiinţifice şi sanitare creşte incontinuu, este necesar ca fiecare student şi absolvent să însuşească la perfecţie sarcinile instructiv-didactice şi deprinderile practice în colectarea materialului acumulat despre sănătatea populaţiei şi activitatea instituţiilor sanitare, prelucrarea statistică şi analiza lui profundă, efectuarea concluziilor şi propunerilor argumentate. Deci, însuşirea acestei teme este binevenită pentru fiecare absolvent – viitor medic-practician sau colaborator ştiinţific.

Sarcini instructiv-didactice

1. Studierea conţinutului, sarcinilor şi metodelor de cercetare a sănătăţii populaţiei;
2. Însuşirea metodelor;

a) alcătuirii programelor şi planului cercetării sanitaro-statistice,

b) colectării informaţiei statistice;
c) controlului informaţiei, acumulării ei în tabele statistice şi pregătirea pentru analiza logică a rezultatelor cercetării statistice.
d) formularea concluziilor şi propunerilor argumentate.

Întrebări pentru autocontrol

1. Caracteristica metodelor de observare statistică.
2. Caracteristica metodelor de observare, în funcţie de timp.
3. Metoda epidemiologică şi istorică.
4. Metoda economică.
5. Metoda experimentală.
6. Metoda observării directe şi informaţiei extrase dintr-un formular oficial.
7. Metoda prin anchetare.
8. Tipurile anchetelor după scop:
9. Caracteristica modurilor de verificare a materialului.
10. Cerinţele de întocmire a machetelor de tabele statistice şi structura lor.
11. Caracteristica tipurilor de tabele.
12. Caracteristica tipurilor de distribuţie.
13. Etapele cercetării statistice.
14. Conţinutul programului de cercetare.
15. Tipurile de programe.
16. Conţinutul planului de cercetare.
17. Conţinutul etapei a II-a a cercetărilor statistice.
18. Conţinutul etapei a III-a a cercetărilor statistice.
19. Caracterizaţi tipurile de verificare a informaţiei acumulate.
20. Esenţa etapei a IV-a a cercetărilor statistice.

Deprinderi practice

1. Însuşirea metodologiei elaborării, realizării planului şi programelor cercetării statistice.
2. Cunoaşterea metodei de prelucrare a informaţiei statistice.
3. Însuşirea metodologiei analizei logice a rezultatelor cercetărilor statistice.
4. Formularea concluziilor şi propunerilor argumentate.

Sarcini pentru studiul individual

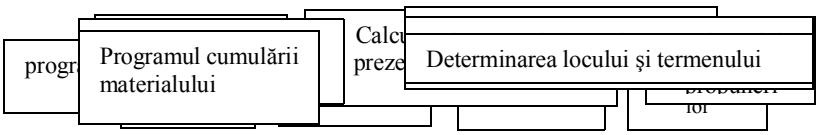
În baza datelor cercetărilor selective, e necesar de a studia morbiditatea generală sau spitalicească după grupele omogene (maladiilor), gen, vârstă şi durata internării bolnavilor în staţionar.

Pentru rezolvarea problemei date, folosind tichetele sau fişele externaţilor din staţionar (f. 25 V sau 266), se cere:

I. a determina scopul cercetării;

II. a alcătui planul cercetării, în scopul căruia este necesar de stabilit:
   1. *obiectul cercetării;*
   2. *volumul cercetării;*
   3. *modul cercetării (după timp şi volum);*
   4. *locul şi timpul cercetării;*
   5. *termenul cercetării;*
   6. *finanţe necesare pentru organizarea şi efectuarea cercetării;*
   7. *efectuarea conducerii ştiinţifice şi metodice a cercetărilor date.*

III. a alcătui programul cercetării, pentru care fapt este necesar:
   1. *a stabili unitatea de observare (evidenţă) şi caracterele ei specifice;*



2. *a indica programul de observare (document pentru colectarea materialului) sau a-l elabora (la necesitate);*
3. *a alcătui 3 tipuri de tabele statistice (simplu, grupat şi combinat).*

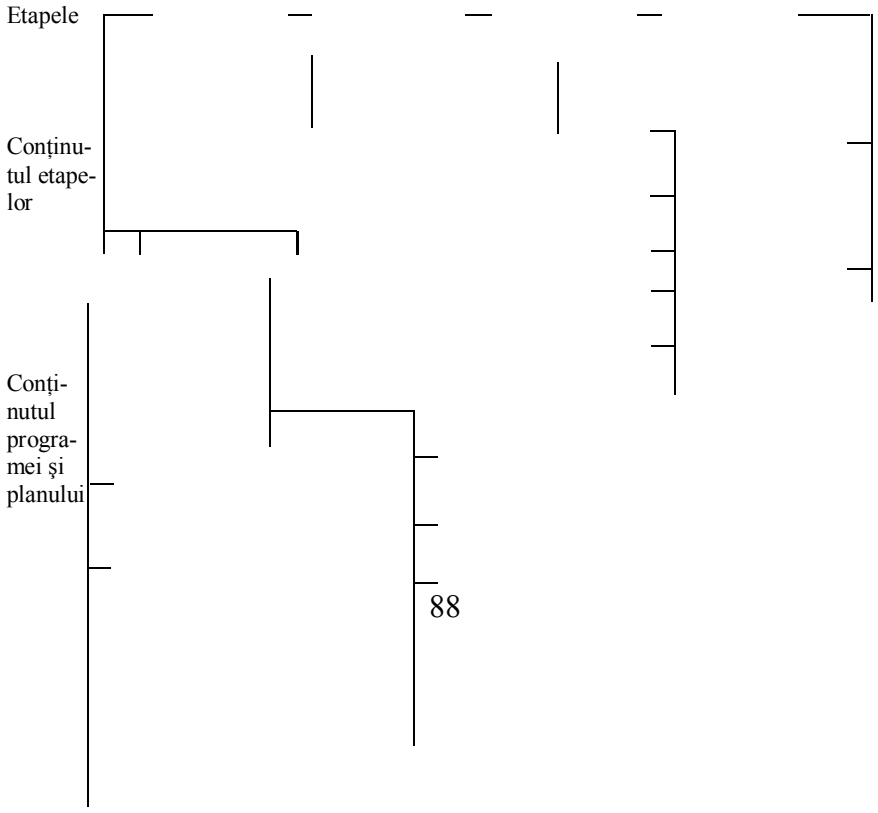
IV. a cifra (codifica) caracterele unității de observare.

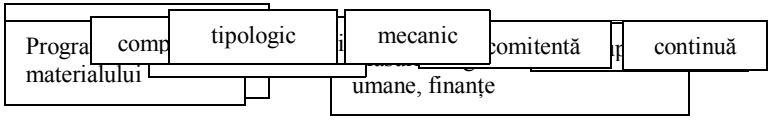
V. a completa tabele cu cifre absolute, conform rezultatelor obținute.

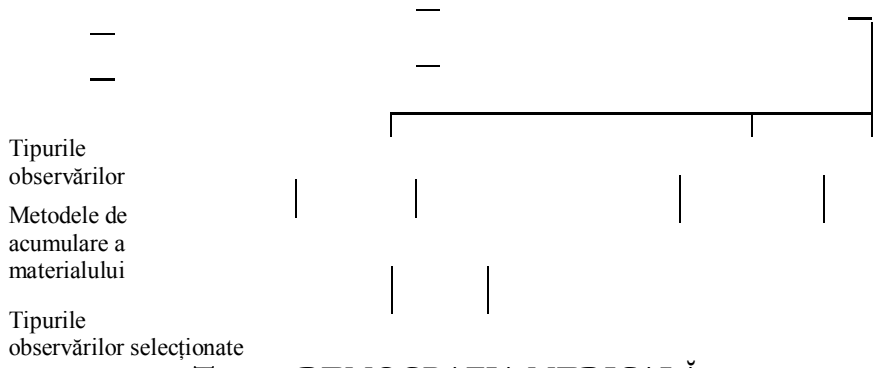
VI. a elabora programa analizei logice a rezultatelor obținute.

Structura logică

Tema: ETAPELE STUDIULUI STATISTIC







Tema: DEMOGRAFIA MEDICALĂ

Scopul lecției practice: a însuşi metodele de cercetare, analiză şi evaluare a indicilor demografici.

Argumentarea scopului

Cerințele actuale de optimizare a formelor de organizare a asistenței medicale a populației necesită cunoaşterea statisticii demografice. Datele demografice se folosesc pe larg în determinarea necesității şi amplasării rețelei instituțiilor medicale, în elaborarea măsurilor de profilaxie a populației. Paralel cu datele despre morbiditate şi dezvoltarea somatometrică, datele demografice servesc drept criteriu important ce caracterizează sănătatea populației.

Medicul practician în activitatea sa aplică metode de calcul şi analiză a ratelor de natalitate şi mortalitate a populației şi, în special, la copii. De aceea cunoştințele, deprinderile şi capacitățile acumulate în cadrul studierii temei date vor fi necesare în activitatea practică a medicului.

Sarcini instructiv-didactice

1. A cunoaşte situația demografică în Moldova şi alte țări.
2. A însuşi metodele de calcul, analiză şi apreciere a indicilor mişcării migratorii şi naturale a populației

3. A cunoaşte nivelul şi structura cauzelor mortalităţii generale, infantile, perinatale şi mortalităţii copiilor sub 5 ani.
4. A însuşi metodele de calcul, analiză şi apreciere a ratei mortalităţii infantile.

Întrebări pentru autocontrol

1. Rolul statisticii demografice în activitatea practică a medicului.
2. Ce este demografia?
3. Recensământul populaţiei şi efectuarea lui.
4. Sursele de studiere a populaţiei, componenţa şi distribuirea teritorială a populaţiei în perioada dintre recensăminte.
5. Esenţa noţiunilor: distribuire, densitate, nivelul de studiu, componenţa şi altele.
6. Esenţa ce determină componenţa după gen şi vârstă a populaţiei. Tipurile structurale ale populaţiei după vârstă.
7. Felurile şi cauzele migraţiei. Indicii mişcării migratorii a populaţiei.
8. Rolul medicilor în înregistrarea şi analiza mişcării naturale a populaţiei.
9. Indicii mişcării naturale a populaţiei.
10. Metoda de calcul al coeficientului natalităţii, mortalităţii şi a sporului natural.
11. Indicii de orientare a aprecierii mişcării naturale a populaţiei.
12. Coeficientul comun şi de vârstă al fertilităţii. Metoda calculării lui.
13. Aspectele medico-sociale ale reglării natalităţii în Moldova şi peste hotare.
14. Mortalitatea generală. Cauzele principale ale mortalităţii populaţiei.
15. Coeficientul de vârstă al mortalităţii şi aprecierea acestuia.

16. Mortalitatea infantilă. Tipurile şi metoda de calcul al indicilor mortalităţii infantile.
17. Nivelurile şi structura mortalităţii infantile în Moldova şi alte ţări.
18. Cauzele mortalităţi infantile. Oscilările sezoniere.
19. Mortalitatea perinatală, structura, cauzele şi căile de micşorare.
20. Metoda de calcul al indicilor mortinatalităţii şi mortalităţii neonatale precoce şi aprecierea lor.
21. Noţiunea despre durata medie a vieţii. Problema longevităţii. Îmbătrânirea populaţiei.

Deprinderi practice

A însuşi:

1. Metoda de calcul, analiză şi apreciere a indicilor demografiei.
2. Metoda de calcul, analiză şi apreciere a coeficientului mortalităţii infantile şi perinatale.

Sarcini pentru studiul individual

Conform datelor indicate mai jos, e necesar:

1. a calcula indicii mişcării naturale şi migratorii a populaţiei în raion după „Darea de seamă anuală" (coeficientul natalităţii, mortalităţii, sporului natural, migratoriu şi sporul absolut).
2. a prezenta în formă de tabel indicii obţinuţi.

Indicii demografici în anul de dare de seamă şi în anul precedent (la 1000 oameni)

Indicele demografic %	**Anul**	
	anul de dare de seamă	precedent

Natalitatea
Mortalitatea
Mortalitatea infantilă
Mortalitatea perinatală
Sporul natural
Sporul imigratoriu
Sporul anual

3. Efectuaţi aprecierea sanitară a indicilor mişcării populaţiei raionului pe anul curent după nivelul respectiv (jos, mediu, înalt).
4. Determinaţi structura cauzelor mortalităţii infantile pe anul curent.
5. Comparaţi indicii demografici ai raionului cu indicii respectivi ai anului anterior şi indicii medii pe republică.
6. Determinaţi şi formulaţi concluzia.

Exemplu de rezolvare a problemei

Situaţia demografică a raionului „C" în anul de dare de seamă e următoarea:

- numărul populaţiei – 76*,7* mii oameni;
- s-au născut vii – *1200;*
- au decedat – *903* dintrei;
- au decedat copii până la 1 an – *30.*

În centrul perinatal s-au născut:

- vii – *1200;*
- morţi – 5;
- au decedat în prima săptămână – *18.*

Între cei decedaţi până la 1 an (30) au fost suferinzi:

- de bolile caracteristice nou-născuţilor –*7;*
- de anomalii congenitale – 8;
- de pneumonie – 6;
- de boli infecţioase – *5;*
- alte cauze – *4;*

- au imigrat – *20 de persoane;*
- au emigrat – *160 de persoane.*

În raionul „C” în anul precedent au fost următorii indici demografici (la 1000 de populație):

- rata natalității – *20,0;*
- rata mortalității – *11,0;*
- rata sporului natural – 9*,0;*
- rata mortalității infantile – *19,8;*
- rata mortalității perinatale – *14,2;*
- rata imigrării – 1,2;
- rata emigrării – 2,8.

Rezolvarea:

$$1.\ \text{Rata natalității} = \frac{\text{Numărul de copii născuții vii}}{\text{Numărul de populație}} \times 1000 = \frac{1200}{76\,700} \times 1000 = 15{,}6‰$$

$$2.\ \text{Rata mortalității generale} = \frac{\text{Numărul celor decedați}}{\text{Numărul de populație}} \times 1000 = \frac{903}{76\,700} \times 1000 = 11{,}8‰$$

3. Sporul natural = Rata natalității – Rata mortalității generale = 15,6 – 11,8 = 3,8‰

$$4.\ \text{Rata imigrării} = \frac{\text{Nr. de populație care a venit definitiv cu traiul}}{\text{Numărul de populație}} \times 1000 = \frac{20}{76\,700} \times 1000 = 0{,}3‰$$

$$5.\ \text{Rata emigrării} = \frac{\text{Nr. de populație care a plecat definitiv cu traiul}}{\text{Numărul de populație}} \times 1000 = \frac{160}{76\,700} \times 1000 = 2{,}1‰$$

6. Sporul mecanic = Rata imigrării – Rata emigrării = 0,3 – 2,1 = -1,8 ‰

7. Sporul anual = Sporul natural + Sporul mecanic = 3,8 + (-1,8) = 2,0 ‰

$$8.\ \text{Rata mortalității infantile} = \frac{\text{Nr. de decese ale nou-născuților vii în primul an de viață}}{\text{Numărul total vii}} \times 1000 = \frac{30}{1200} \times 1000 = 25{,}0\ ‰$$

$$9.\ \text{Rata mortinatalității} = \frac{\text{Nr. de născuți morți}}{\text{Numărul născuți morți + Numărul născuții vii}} \times 1000 = \frac{5}{5+1200} \times 1000 = 4{,}1\ ‰$$

$$10.\ \text{Rata mortalității neonatale precoce} = \frac{\text{Nr. de copii decedați în 1 săptămână}}{\text{Numărul copii născuți vii}} \times 1000 = \frac{18}{1200} \times 1000 = 15{,}0\ ‰$$

$$11.\ \text{Rata mortalității perinatale} = \frac{\text{Nr. de născuți morți + Nr. copii decedați în 1 săpt.}}{\text{Nr. născuți morți + Nr. născuții vii}} \times 1000 = \frac{5+18}{5+1200} \times 1000 = 19{,}1\ ‰$$

12. Structura mortalității infantile (%):

- De bolile caracteristice nou-născuților = $\frac{7 \times 100}{30} = 23{,}3\ \%$

$$\text{- De anomalii congenitale} = \frac{8 \times 100}{30} = 26{,}7\ \%$$

$$\text{- De pneumonie} = \frac{6 \times 100}{30} = 20{,}0\ \%$$

$$\text{- De boli infecțioase} = \frac{5 \times 100}{30} = 16{,}7\ \%$$

$$\text{- De alte cauze} = \frac{4 \times 100}{30} = 13{,}3\ \%$$

Concluzie: În raionul „C", în anul de dare de seamă, situația demografică este următoarea:

– Rata natalității 15,6‰ este la nivelul mediu (15,0–25,0 ‰) şi, comparativ cu anul precedent, a scăzut cu 4,4‰.

– Rata mortalității generale 11,8‰ este la nivelul mediu (9,0–15,0 ‰) şi, comparativ cu anul precedent, s-a mărit cu 0,8‰.

– Situația agravată este dovedită prin rezultatele analizei ratelor mortalității infantile, care s-a mărit în anul precedent cu 5,2‰ (25,0 ‰ şi 19,8‰).

– În structura mortalității infantile locul I îl ocupă anomaliile congenitale (26,7%), locul II – bolile caracteristice nou-născuților (23,3%) şi locul III – pneumoniile (20,0%). Structura analogică s-a determinat şi pentru toată republica.

Varianta 1

Situația demografică a raionului „**A"** în anul de dare de seamă e următoarea:

- numărul populației – *72,7* mii oameni;
- s-au născut vii – *1450;*
- au decedat – *916*, din ei;

- au decedat copii până la 1 an – 29.

În centrul perinatal s-au născut:

- vii – *1450;*
- morți – *6;*
- au decedat în prima săptămână – *19.*

Între cei decedați până la 1 an (29) au fost suferinzi:

- de bolile caracteristice nou-născuților –*7;*
- de anomalii congenitale – *6;*
- de pneumonie – *8;*
- de boli infecțioase – *5;*
- alte cauze – *3;*
- au imigrat – *50;*
- au emigrat – 260.

În raionul „A" în anul precedent s-au înregistrat următorii indici demografici (la 1000 de populație):

- rata natalității – *21,0;*
- rata mortalității – *12,0;*
- rata sporului natural – *9,0;*
- rata mortalității infantile – *22,2;*
- rata mortalității perinatale – *21,3;*
- rata imigrării – 3,2;
- rata emigrării – 4,1.

Varianta 2

Situația demografică a raionului „**B"** în anul de dare de seamă e următoarea:

- numărul populației – 51,5 mii oameni;
- s-au născut vii – 705;
- au decedat – 28, dintre ei;
- au decedat copii până la 1 an – 21.

În centrul perinatal s-au născut:

- vii – 705;
- morți – 7;

- au decedat în prima săptămână – *11*.

Între cei decedați până la 1 an (26) au fost suferinzi:

- de bolile caracteristice nou-născuților –*7;*
- de anomalii congenitale – *6;*
- de pneumonie – *8;*
- de boli infecțioase – 4;
- alte cauze – 1;
- au imigrat – 4*50;*
- au emigrat – 810.

În raionul „**B”** în anul precedent au fost înregistrați următorii indici demografici (la 1000 de populație):

- rata natalității – 14*,0;*
- rata mortalității – 10,4;
- rata sporului natural – 3,6;
- rata mortalității infantile – *21,3;*
- rata mortalității perinatale – 19,5;
- rata imigrării – 6,0;
- rata emigrării – 3,4.

Varianta 3

Situația demografică a raionului „**C”** în anul de dare de seamă e următoarea:

- numărul populației – 65,1 mii oameni;
- s-au născut – 1380;
- au decedat – 650*,* dintre ei;
- au decedat copii până la 1 an – 45.

În centrul perinatal s-au născut:

- morți – 10;
- au decedat în prima săptămână – 19.

Între cei decedați până la 1 an (45) au fost suferinzi:

- de bolile caracteristice nou-născuților – 12;
- de anomalii congenitale – 8;
- de pneumonie – 13;

- de boli infecțioase – 8;
- alte cauze – 4;
- au imigrat – 610;
- au emigrat – 480.

În raionul **C** în anul precedent au fost înregistrați următorii indici demografici (la 1000 de populație):

- rata natalității – 22,5;
- rata mortalității – 9,7;
- rata sporului natural – 12,8;
- rata mortalității infantile – 24,8;
- rata mortalității perinatale – 17,1;
- rata imigrării – 1,1;
- rata emigrării – 13,9.

Varianta 4

Situația demografică a raionului „**D”** în anul de dare de seamă e următoarea:

- numărul populației – 96,5 mii oameni;
- s-au născut vii – 1997;
- au decedat – 1051, dintre ei;
- au decedat copii până la 1 an – 41.

În centrul perinatal s-au născut:

- vii – 1997;
- morți – 9;
- au decedat în prima săptămână – 20.

Între cei decedați până la 1 an (41) au fost suferinzi:

- de bolile caracteristice nou-născuților –11;
- de anomalii congenitale – 9;
- de pneumonie – 13;
- de boli infecțioase – 6;
- alte cauze – 2;
- au imigrat – 1400;
- au emigrat – 1150.

În raionul „**D”** în anul precedent au fost înregistrați următorii indici demografici (la 1000 populație):

- rata natalității – 21,4;
- rata mortalității – 9,7;
- rata sporului natural – 11,7;
- rata mortalității infantile – 22,6;
- rata mortalității perinatale – 17,6;
- rata imigrării – 1,4;
- rata emigrării – 13,1.

Varianta 5

Situația demografică a raionului „**R”** în anul de dare de seamă e următoarea:

- numărul populației – 83,3 mii oameni;
- s-au născut vii – 1516;
- au decedat – 833, dintre ei;
- au decedat copii până la 1 an – 30.

În centrul perinatal s-au născut:

- vii – 1616;
- morți – 8;
- au decedat în prima săptămână – 12.

Între cei decedați până la 1 an (30) au fost suferinzi:

- de bolile caracteristice nou-născuților –9;
- de anomalii congenitale – 6;
- de pneumonie – 8;
- de boli infecțioase – 5;
- alte cauze – 2.
- au imigrat – 170;
- au emigrat – 210.

În raionul „**R”** în anul precedent au fost înregistrați următorii indici demografici (la 1000 de populație):

- rata natalității – 18,0;
- rata mortalității – 9,5;
- rata sporului natural – 8,5;

- rata mortalității infantile – 20,9 ;
- rata mortalității perinatale – 16,6;
- rata imigrării – 0,9;
- rata emigrării – 7,6.

Varianta 6

Situația demografică a raionului „**F”** în anul de dare de seamă e următoarea:

- numărul populației – 96,8 mii oameni;
- s-au născut vii – 1868;
- au decedat – 937, dintre ei;
- au decedat copii până la 1 an – 42.

În centrul perinatal s-au născut:

- vii – 1868;
- morți – 5;
- au decedat în prima săptămână – 21.

Între cei decedați până la 1 an (42) au fost suferinzi:

- de bolile caracteristice nou-născuților –12;
- de anomalii congenitale – 8;
- de pneumonie – 11;
- de boli infecțioase – 5;
- alte cauze –5;
- au imigrat – 105;
- au emigrat – 123.

În raionul „**F”** în anul precedent au fost următorii indici demografici (la 1000 de populație):

- rata natalității – 18,9;
- rata mortalității – 10,4;
- rata sporului natural – 8,5;
- rata mortalității infantile – 23,8;
- rata mortalității perinatale – 15,7;
- rata imigrării – 1,3;
- rata emigrării – 7,2.

Varianta 7

Situația demografică a raionului „**O”** în anul de dare de seamă e următoarea:

- numărul populației – 100,7 mii oameni;
- s-au născut vii – 1862;
- au decedat – 965, din ei;
- au decedat copii până la 1 an – 40.

În centrul perinatal s-au născut:

- vii – 1862;
- morți – 4;
- au decedat în prima săptămână – 12.

Între cei decedați până la 1 an (40) au fost suferinzi:

- de bolile caracteristice nou-născuților –13;
- de anomalii congenitale – 9;
- de pneumonie – 11;
- de boli infecțioase – 5;
- alte cauze – 2;
- au imigrat – 3100;
- au emigrat – 2050.

În raionul „**O”** în anul precedent au fost înregistrați următorii indici demografici (la 1000 de populație):

- rata natalității – 19,8;
- rata mortalității – 10,0;
- rata sporului natural – 9,8;
- rata mortalității infantile – 20,2;
- rata mortalității perinatale – 22,7;
- rata imigrării – 8,3;
- rata emigrării – 18,1.

Varianta 8

Situația demografică a raionului „**U”** în anul de dare de seamă e următoarea:

- numărul populației – 83,3 mii oameni;

- s-au născut vii – 1865;
- au decedat – 882, din ei;
- au decedat copii până la 1 an – 45;

În centrul perinatal s-au născut:

- vii – 1865;
- morți – 5;
- au decedat în prima săptămână – 16.

Între cei decedați până la 1 an (78) au fost suferinzi:

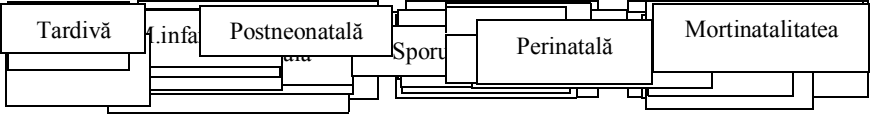
- de bolile caracteristice nou-născuților –16;
- de anomalii congenitale – 13;
- de pneumonie – 18;
- de boli infecțioase – 5;
- alte cauze – 3;
- au imigrat – 2900;
- au emigrat – 900.

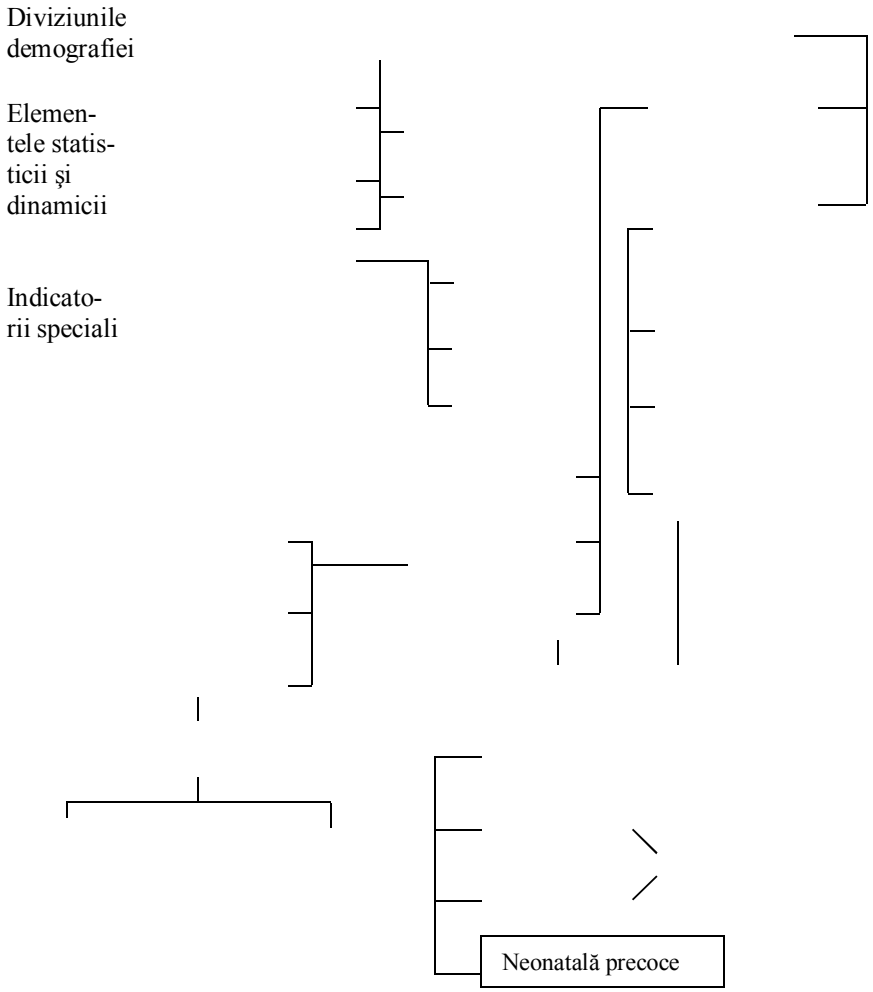
În raionul „**U"** în anul precedent au fost următorii indici demografici (la 1000 de populație):

- rata natalității – 21,7;
- rata mortalității – 9,9;
- rata sporului natural – 10,8;
- rata mortalității infantile – 52,5;
- rata mortalității perinatale – 12,4;
- rata imigrării– 80,0;
- rata emigrării –18,8.

Structura logică

Tema: DEMOGRAFIA MEDICALĂ





Tema: MORBIDITATEA POPULAŢIEI

Scopul lecţiei practice: a însuşi metodele de cercetare şi analiză a morbidităţii populaţiei necesare pentru evaluarea parţială a

stării sănătății populației şi eficacității profilaxiei factorilor de risc al maladiilor.

Argumentarea scopului

Analiza stării de sănătate a populației necesită periodic un studiu profund al morbidității.

Observările statistice asupra schimbării nivelului şi structurii morbidității populației dau posibilitatea de a urmări caracterul stării sănătății populației, de a identifica şi înlătura la timp şi operativ factorii de risc ce acționează negativ asupra sănătății.

Rezultatele studierii multilaterale a morbidității determină previziunea tendințelor în vederea unei profilaxii eficiente şi servesc drept bază pentru planificarea corectă a resurselor umane, materiale şi financiare, contribuind la optimizarea eficacității serviciilor sanitaro-epidemice etc.

Medicii-practicieni în activitatea lor trebuie să cunoască profund şi permanent să analizeze morbiditatea populației. De aceea însuşirea sarcinilor instructiv-didactice ale deprinderilor practice în acest domeniu este necesară fiecărui absolvent.

Sarcini instructiv-didactice

1. Studierea şi însuşirea metodelor de cercetare a morbidității populației şi factorilor determinanți.
2. Utilizarea metodelor contemporane în cercetarea morbidității populației.
3. Utilizarea documentelor de evidență statistică pentru studierea morbidității populației şi depistarea factorilor de risc.
4. Aplicarea metodelor de estimare a indicilor morbidității populației.

Întrebări pentru autocontrol

1. Morbiditatea drept criteriu de evaluare parțială a sănătății populației. Definiția conceptuală.
2. Definiții ale noțiunilor de incidență, prevalență şi afecțiune patologică.
3. Scopurile studierii morbidității.
4. Rolul evidenței statistice corecte în studiul morbidității.
5. Metodele şi sursele studierii morbidității generale.
6. Ordinea de completare a fişei statistice.
7. Metodica, sursele şi periodicitatea studierii morbidității epidemice.
8. Ordinea completării fişei „Declarație urgentă despre boala contagioasă, otrăvirea profesională ori alimentară acută sau reacție neobişnuită la vaccină".
9. Metodica, sursele şi periodicitatea studierii morbidității neepidemice.
10. Metodica, sursele şi periodicitatea studierii morbidității cu incapacitatea temporară de muncă.
11. Ordinea de completare a certificatului de concediu medical.
12. Darea de seamă despre incapacitatea temporară de muncă. Indicii. Metoda lor de calculare.
13. Metodica, sursele, periodicitatea studierii indicilor morbidității spitaliceşti.
14. Examinările medicale periodice, complexe şi de scop ale populației.
15. Morbiditatea copiilor din mediul rural. Metoda şi sursele pentru studierea morbidității prin datele examenului medical.
16. Morbiditatea în baza cazurilor deceselor.
17. Regulile de completare a „Certificatului de moarte".
18. Particularitățile morbidității după vârstă, sex, reşedință.
19. Clasificarea internațională a maladiilor.
20. Aspectele de bază ale profilaxiei morbidității.

Deprinderi practice

A însuşi:

1. Tehnologia elaborării şi completării documentelor statistice, folosite la studierea morbidității populației.
2. Metoda organizării şi efectuării cercetării morbidității populației.
3. Metodologia calculării, analizei şi evaluării indicilor morbidității populației.
4. Metodologia argumentării concluziilor şi propunerilor necesare pentru diminuarea nivelului morbidității şi ameliorarea sănătății populației.

Sarcini pentru studiul individual

În baza datelor indicate în variantele respective, e necesar a efectua:

1. Calcularea indicilor ce determină nivelurile (rata) morbidității (incidență şi prevalență) pe anul precedent.
2. Determinarea structurii morbidității populației.
3. Calcularea indicilor morbidității cu incapacitate temporară de muncă pe anul curent.
4. Analiza rezultatelor obținute, comparându-le cu datele indicate în anexă.
5. Formularea concluziilor respective.

Exemplu de rezolvare a problemei:

În raionul „Z", cu populația de 78000 de oameni, au fost înregistrate în anul precedent 82 000 maladii, dintre care:

Pentru prima dată – 57070 , inclusiv:

- tumori maligne – 450 cazuri;
- boala ischemică – 620 cazuri;
- boala ulceroasă – 2000 cazuri;
- alte boli – 54 000 cazuri.

Total – 57070 cazuri.

La fabrica din raion erau: lucrători – 300, la ei au fost înregistrate 3500 cazuri de boli cu incapacitate temporară de muncă şi 25 mii zile cu incapacitate temporară de muncă:

Rezolvare:

1. **Nivelul (rata) general.**

$$\text{a. Incidenței} = \frac{\text{Nr. de cazuri primare}}{\text{Nr. de populație}} \times 1000 = \frac{57\,070}{78\,000} \times 1000 = 731{,}7\ ‰$$

$$\text{b. Prevalenței} = \frac{\text{Nr. total de cazuri (primare + secundare)}}{\text{Nr. de populație}} \times 1000 = \frac{82\,000}{78\,000} \times 1000 = 1051{,}3\ ‰$$

2. Structura incidenței (%) şi nivelul (rata) pe boli (‰)

$\text{- tumori maligne} = \frac{450}{57\,070} \times 100 = 0{,}8\%;$	$\frac{\text{Nr. de cazuri I}}{\text{Nr. populației}} \times 1000 = \frac{450}{78\,000} \times 1000 = 5{,}77‰$
$\text{- boala ischemică} = \frac{620}{57\,070} \times 100 = 1{,}1\%;$	$\frac{\text{Nr. de cazuri I}}{\text{Nr. populației}} \times 1000 = \frac{620}{78\,000} \times 1000 = 7{,}95‰$
$\text{- boala ulceroasă} = \frac{2000}{57\,070} \times 100 = 3{,}5\%;$	$\frac{\text{Nr. de cazuri I}}{\text{Nr. populației}} \times 1000 = \frac{2000}{78\,000} \times 1000 = 25{,}64‰$
$\text{- alte boli} = \frac{54\,000}{57\,070} \times 100 = 94{,}6\%;$	$\frac{\text{Nr. de cazuri I}}{\text{Nr. populației}} \times 1000 = \frac{54\,000}{78\,000} \times 1000 = 692{,}3‰$

3. **Incapacitatea temporară de muncă:**

a. Numărul de cazuri = $\frac{3500 \text{ (cazuri)}}{3000 \text{ (muncitori)}} \times 100 = 116,7$;

b. Numărul de zile = $\frac{25\,000 \text{ (zile)}}{3000 \text{ (muncitori)}} \times 100 = 833,3$;

c. Durata medie a 1 caz = $\frac{25\,000}{3500} = 7,2$ zile;

Concluzie: În baza analizei indicilor, calculaţi cu cei din anexă:

1. nivelul morbidităţii (incidenţei şi prevalenţei) generale şi pe anumite boli este mai mare decât cel pe Republica Moldova (anexă)
2. în structura morbidităţii de bolile indicate predomină:
   I loc – boala ulceroasă – 3,5%;
   II loc – boala ischemică – 1,1%;
   III loc – tumorile maligne – 0,8%.
3. indicii calculaţi ai incapacităţii temporare de muncă (nr. de cazuri şi zile) este mai mare decât în Republica Moldova, dar durata medie a unui caz este mai mică.

Varianta I

În oraşul „C" cu populaţia de 600 mii de oameni au fost înregistrate în anul precedent 700 mii afecţiuni, inclusiv:

- pentru prima dată – 500 mii;
- printre care boli ale organelor respiratorii – 130 mii;
- boli ale organelor digestive – 30 mii;
- alte boli –40 mii.

Total – 700 mii cazuri

La combinatul orăşenesc erau: lucrători – 5,5 mii, printre ei au fost înregistrate 6,1 mii cazuri şi 55,1 mii zile cu incapacitatea temporară de muncă.

Varianta 2

În raionul „N" cu populaţia 75 mii oameni au fost înregistrate în anul precedent 80 mii de îmbolnăviri, dintre care înregistrate pentru prima dată – 55 mii, inclusiv:

- malformaţii maligne – 400 cazuri;
- boala hipertonică – 600 cazuri;
- boala ulceroasă – 1,5 mii cazuri;
- alte boli – 52,5 mii cazuri.

Total – 55 mii cazuri

La fabrica de mobilă lucrători – 2,5 mii; la ei au fost înregistrate 3 mii cazuri şi 25 mii zile cu incapacitate temporară de muncă.

Varianta 3

În raionul „B" cu o populaţie de 52 mii oameni au fost înregistrate în anul precedent 48 mii cazuri de boli ale pielii, dintre care depistate prima dată în viaţă – 4105 cazuri, inclusiv:

- dermatite de contact – 800 cazuri;
- furunculi şi carbunculi – 900 cazuri;
- flegmone şi abcese – 405 cazuri;
- alte boli – 2000 cazuri.

Total – 4105 cazuri

La fabrica de confecţii a oraşului „B" muncesc 950 lucrători, printre ei au fost înregistrate 1110 cazuri şi 8100 zile cu pierderea temporară a capacităţii de muncă.

Varianta 4

În raionul „N” cu populația de 60 mii oameni în anul de gestiune au fost înregistrate traume – 7100 cazuri, din care 6500 cazuri depistate pentru prima dată în viață, inclusiv:

– fracturi – 1650 cazuri;
– luxații – 3100 cazuri;
– combustii – 350 cazuri;
– alte traume – 1400 cazuri.

Total – 6500 cazuri

La fabrica de cherestea activează 2550 lucrători, printre ei au fost înregistrate 3700 cazuri şi 35100 zile cu incapacitatea temporară de muncă.

Varianta 5

În raionul „L” cu populația de 150 mii oameni, după un an de gestiune, au fost înregistrate 52.500 boli, dintre care 50700 depistate pentru prima dată în viață, inclusiv:

- gripă – 35000;
- anghină foliculară – 10000;
- bronşită acută şi cronică – 4000;
- alte boli – 1700.

Total – 50700

În asociația „Universal” a aceluiaşi raion activau 4800 lucrători, la care au fost depistate 45 mii cazuri şi 52300 zile cu incapacitatea temporară de muncă.

Varianta 6

În oraşul „A”, cu o populație de 550 mii oameni, în anul precedent au fost înregistrate 6100 boli ale tractului gastro-intestinal. Dintre ele pentru prima dată în viață au fost depistate – 1300 cazuri inclusiv:

- ulcer stomacal – 120;
- colecistită – 700;
- gastrită hiperacidă – 300;

- alte boli – 180.

Total – 1300 cazuri

La uzina de utilaj alimentar a acelui oraş muncesc 5000 de lucrători, la ei au fost înregistrate 6100 cazuri de afecţiuni şi 51400 de zile cu pierderea temporară a capacităţii de muncă.

Varianta 7

În raionul „P”, cu populaţia de 80 mii oameni, în anul de gestiune au fost înregistrate 450 cazuri cancer, din care 160 depistate pentru prima dată în viaţă, inclusiv:

- cancer al organelor urinare – 50 cazuri;
- cancer la plămâni – 85 cazuri;
- alte localizării – 25 cazuri.

Total – 160 cazuri

La fabrica de jucării din raionul P muncesc 2200 lucrători, la care au fost înregistrate 3400 cazuri de boli şi 2500 zile cu incapacitatea temporară de muncă.

Varianta 8

În oraşul „D”, cu populaţia de 180 mii de oameni, în anul de gestiune au fost înregistrate 10500 cazuri boli ale sistemului nervos, dintre care 5100 depistate prima dată în anul curent, inclusiv:

- radiculita limbo-sacrală – 2500 cazuri;
- afecţiuni ale sistemului nervos central – 1400 cazuri;
- afecţiuni ale sistemului nervos periferic – 900 cazuri;
- alte boli – 300 cazuri.

Total – 5100 cazuri

La fabrica raională de confecţii de bumbac muncesc 2400 lucrători. La ei au fost înregistrate 3700 cazuri de boli şi 27 mii zile cu incapacitatea temporară de muncă.

Nivelul indicilor incidenței şi prevalenței la 10 000 populație din RM (după adresabilitate)

Nr.	**Denumirea nozologiilor**	**Nivelul indicilor**
1	Maladiile organelor respiratorii	1119,2
2	Neostructurile maligne	16,8
3	Dermatitele de contact	160,1
4	Gripa	390,0
5	Traumatismele	409,9
6	Ulcerul stomacal	13,8
7	Neostructuri ale organelor digestive	3,7
8	Radiculita limbo-sacrală	15,5
9	Incidența generală	3523,3
10	Prevalența generală	6338,9
11	Numărul cazurilor cu pierderea temporară a capacității de muncă la (100 lucrători)	65
12	Numărul zilelor cu incapacitate temporară de muncă (la 100 lucrători)	700
13	Durata medie a unui caz al incapacității temporare de muncă	10,8

Tema: EDUCAŢIA PENTRU SĂNĂTATE A POPULAŢIEI. PROMOVAREA MODULUI SĂNĂTOS DE VIAŢĂ

Scopul lecţiei pr§acmtice: elaborarea măsurilor argumentate, orientate spre ameliorarea calităţii vieţii, asigurării accesului populaţiei la servicii de sănătate, formmarea modului sănătos de viaţă (MSO) prin educaţia pentru sănătate (EPS) a populaţiei. Analiza şi evaluarea indicilor sănătăţii populaţiei.

Argumentarea scopului

Formarea modului sănătos de viaţă reprezintă o parte imprescriptivă a ocrotirii sănătăţii şi constituie un compartiment important al activităţii tuturor instituţiilor curativo-profilactice, sanitaro-epidemiologice, instituţiilor de cercetări ştiinţifice, învăţământului medical mediu şi superior, ce constituie datoria tuturor lucrătorilor medicali.

Lucrătorii medicali, folosind pe larg propagarea MOS ca mijloc pentru diminuarea nivelului morbidităţii, traumatismului şi mortalităţii populaţiei, pentru ameliorarea stării sanitaro-epidemiologice, popularizarea cunoştinţelor igienice, a realizărilor ştiinţei medicale, propagarea odihnei, alimentaţiei raţionale, culturii fizice şi sportului, contribuie la majorarea nivelului calităţii vieţii, la menţinerea şi consolidarea sănătăţii populaţiei.

De aceea însuşirea principiilor de bază, a metodelor şi mijloacelor utilizate în educaţia pentru sănătate a populaţiei prin formarea MOS este obligatorie pentru fiecare absolvent al USMF „N. Testemiţanu”.

Sarcini instructiv-didactice

1. Selecţionarea argumentată a tematicii, literaturii pentru pregătirea prelegerilor, raporturilor, referatelor etc. pe tema respectivă.

2. Determinarea cerinţelor pentru alcătuirea planului-conspect al prelegerii, raportului, referatului, placardei, convorbirii etc.

3. Selectarea principiilor, metodelor şi surselor necesare pentru utilizare în procesul EPS.

4. Determinarea normelor prioritare şi priorităţilor programului MSV şi factorilor de risc al sănătăţii.

5. Elaborarea măsurilor argumentate pentru realizarea scopurilor în sec. XXI a programului „Sănătate pentru toţi".

Întrebări pentru autocontrol

1. Definiţia educaţiei pentru sănătate. Scopurile şi sarcinile.
2. Enumeraţi principiile de bază ale serviciului educaţiei pentru sănătate în Republica Moldova.
3. Structura organizatorică a serviciului EPS din Republica Moldova.
4. Enumeraţi metodele folosite în educaţia pentru sănătate şi formare a modului sănătos de viaţă.
5. Ce mijloace se referă la metoda propagării orale?
6. Ce mijloace se referă la metoda propagării prin editare?
7. Ce surse folosim la metoda propagării ilustrative?
8. Caracteristica obiectivului de bază al educaţiei pentru sănătate.
9. Caracteristica funcţiilor sanogenice şi preventive ale EPS.
10. Cerinţele pentru alcătuirea conspectului unei prelegeri, raport, referat.
11. De ce depinde alegerea temei unei prelegeri (convorbiri), raport, referat?
12. Structura prelegerii.
13. Definiţia (sensul) modului obişnuit şi modului sănătos de viaţă.
14. Caracterizaţi aspectele metodologice ale modului obişnuit de viaţă.
15. Sanologia ca bază ştiinţifică a profilaxiei.
16. Caracteristica tipurilor (felurilor) profilaxiei.
17. Factorii sănătăţii şi factorii de risc ai sănătăţii.
18. Normele prioritare ale formării modului sănătos de viaţă.

19. Rolul colectivelor medicale în promovarea MSV.
20. Consecinţele negative ale modului nesănătos de viaţă.

Deprinderi practice

1. A aplica în practică metodele şi sursele utilizate în EPS.
2. A cunoaşte regulile selectării literaturii necesare şi cerinţele pentru alcătuirea practică a unei prelegeri, referat etc.
3. A selecta sursele necesare şi a elabora un plan real de EPS.
4. Recenzarea şi discutarea publică a textelor materialelor elaborate pentru EPS.

Sarcini pentru studiul individual

Fiecare student, orientându-se după anexele 2, 3, 4, 5, urmează să alcătuiască planul-conspect al prelegerii pentru una din temele expuse mai jos (anexa 1).

Lecţia practică se desfăşoară în formă de şedinţă a grupului de lectori, unde pedagogul şi 2 studenţi-recenzenţi aprobă prelegerea (tema, planul şi textul) pentru prezentarea ei în faţa populaţiei.

Anexa nr.1

Lista temelor pentru prelegeri la promovarea MSV:

1. Bolile cardiovasculare şi profilaxia lor.
2. Reumatismul şi profilaxia lui.
3. Bolile helmintice şi profilaxia lor.
4. Tuberculoza şi profilaxia ei.
5. Profilaxia bolilor infecţioase la copii.
6. Bazele alimentării raţionale.
7. Profilaxia infecţiilor intestinale la copii.
8. Rahitismul şi profilaxia lui.
9. Vitaminele şi însemnătatea lor pentru organism.
10. Îngrijirea şi educarea copilului.
11. Pielea omului şi îngrijirea ei.
12. Igiena gravidei.
13. Dauna avortului.
14. Alcoolismul şi consecinţele lui negative.
15. Narcomania şi toxicomania.
16. SIDA – ciuma secolului XX.
17. Fumatul şi dauna lui asupra sănătăţii.
18. Dinţii sănătoşi şi îngrijirea lor.
19. Traumatismul copiilor şi profilaxia lui.
20. Relaţiile dintre bolnav şi lucrătorul medical.
21. Dauna autotratamentului.
22. Cum să păstrăm sănătatea până la adânci bătrâneţe.
23. Medicina, superstiţia şi vrăjitoria.
24. Profilaxia otrăvirilor cu substanţe chimicale, utilizate în agricultură.
25. Profilaxia cancerului.

26. Profilaxia traumatismului agricol.
27. Profilaxia bolilor venerice.
28. Profilaxia bolilor infecţioase la adulţi.
29. Profilaxia toxicoinfecţiilor alimentare.
30. Profilaxia cirozelor.
31. Profilaxia diabetului zaharat.
32. Profilaxia hepatitei virale „A”.
33. Modul sănătos de viaţă – baza profilaxiei.
34. Cultura fizică şi călirea.
35. Profilaxia pneumoniei nespecifice.

Anexa nr. 2

Cerinţe pentru alcătuirea planului-conspect al prelegerii

Planul include întrebările expuse în prelegere într-o ordine logică. La alcătuirea lui e necesară consultaţia lectorilor cu experienţă, a lucrătorilor serviciului formării MOS şi, după posibilitate, să fie luată în considerare starea sănătăţii populaţiei. Lipsa planului se soldează cu mari erori chiar şi pentru lectorii cu experienţă.

Conspectul serveşte ca îndrumar pentru lector. Se alcătuieşte ca un plan amănunţit, completat cu diferite materiale.

Conspectul răspunde la întrebările ce constituie părţile componente ale planului: compartimente, capitole, paragrafe.

Regulile de alcătuire a conspectului sunt următoarele:

1. Conspectul se scrie pe foi aparte, numerotate şi nu în caiet.
2. Foile nu trebuie să fie mari.
3. Foaia trebuie să fie scrisă numai pe o parte, lăsându-se câmp în partea stângă.
4. Fiecare idee nouă în conspect începe din rând nou.
5. Părţile principale ale conspectului se numerotează cu cifre, cele de importanţă secundară – cu litere.
6. Conspectul trebuie să fie scris descifrabil.
7. Ideile mai importante în conspect se evidenţiază cu creion colorat, se iau în ramă sau se apelează la alte metode.

8. Materialul concret (cifre, citate) este inclus în conspect, la care se face trimitere: vezi anexa, manualul, rândul, pagina etc.
9. În cazul folosirii materialelor ilustrative, în conspect trebuie să fie indicat locul demonstrării lor.
10. La sfârşitul conspectului este indicată lista literaturii folosite.

Anexa nr.3

Cerinţe pentru alcătuirea prelegerii

Fiecare prelegere constă din trei părţi: introducere, expunerea propriu-zisă, concluzii şi propuneri practice.

1. Introducerea are drept scop a informa ascultătorii în vederea alcătuirii temei prezentate,de a trezi interesul faţă de ea.
2. Expunerea propriu-zisă include materialul concret nou, selectat din datele cele mai recente şi importante izvoare ştiinţifice, metodice şi practice.
   Expunerea materialului trebuie să fie logică, accesibilă, subliniind, în special, măsurile profilactice.
3. În concluzie, se face o totalizare a materialului expus în prelegere, care trebuie să fie concisă, accesibilă şi, după posibilităţi, emoţională.
4. Propunerile includ măsuri concrete, orientate spre profilaxia ma-ladiilor şi prevenirea factorilor de risc.

Anexa nr. 4

Cerinţe pentru alcătuirea unui raport, referat

1. Determinarea temei raportului şi scopului.
2. Evidenţa componenţei ascultătorilor.
3. Selecţionarea literaturii şi materialului pentru discurs:

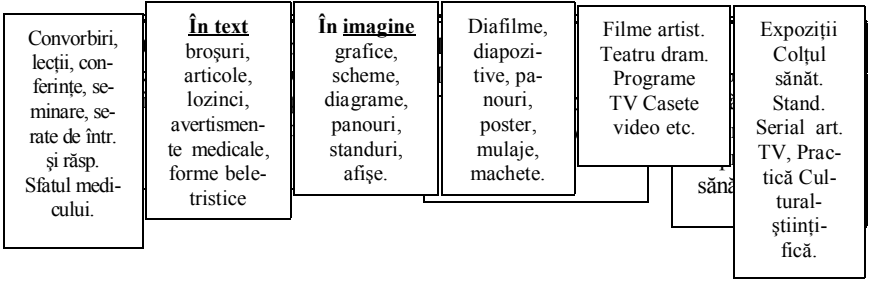
a) literatura metodică;
b) literatura specială, ştiinţifică, medicală;

c) literatura populară;
d) materiale din ziare;
e) literatura artistică;
f) cazuri din viaţa şi practica medicală;
g) materiale ilustrative (diagrame, tabele, placarde, transparante, machete, filme, mulaje etc.).

Anexa nr. 5

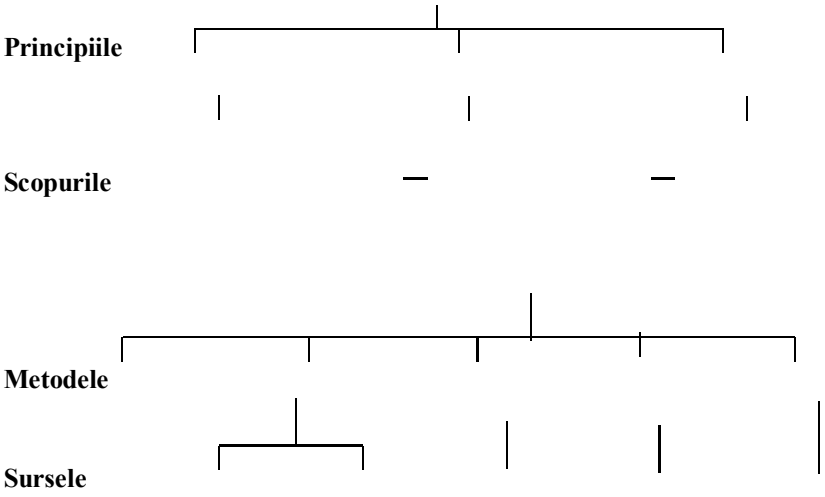
Componentele recenzării unei prelegeri

1. Actualitatea temei.
2. Direcţia ştiinţifică.
3. Importanţa practică.
4. Direcţia profilactică.
5. Caracterul concret şi conţinutul materialului ilustrativ.
6. Limba şi stilul expunerii materialului, în funcţie de componenţa ascultătorilor.
7. Accesibilitatea şi gradul de informare a datelor.



Structura logică

Tema: EDUCAŢIA PENTRU SĂNĂTATE (EPS) A POPULAŢIEI. PROMOVAREA MODULUI SĂNĂTOS DE VIAŢĂ (MSV)



Ministerul Sănătăţii al Republicii Moldova dirijează sistemul EPS prin intermediul CNŞPMP şi CMP teritorial	Secţiile şi cabinetele de EPS în componenţa CMP teritoriale	Unităţile de prestaţie din reţeaua instituţiilor sanitare	Organismele de colaborare (organe statale, organizaţii publice etc.)

Organele de conducere şi instituţiile

B. PLANUL TEMATIC
al prelegerilor şi lecţiilor practice la Medicina Socială

Tematica prelegerilor

Nr. crt	Denumirea temelor
1	Medicina socială ca ştiinţă şi obiect de studiu. Metodele contemporane ale Sănătăţii populaţiei
2	Politica naţională a sănătăţii în R.M (Analiza proceselor demografice ale populaţiei în R.M.)
3	Politica naţională a sănătăţii RM (Analiza indicilor morbidităţii).
4	Modul sănătos de viaţă – baza profilaxiei. Educaţia pentru sănătate.
5	Bolile cardiovasculare ca problemă medico-socială.
6	Tuberculoza şi bolile aparatului respirator ca probleme medico-sociale.
7	Tumorile maligne şi traumatismele ca problemă medico-socială.
8	Maladiile neuro-psihice, alcoolismul, narcomania, toxicomania ca probleme medico-sociale.
9	Planificarea familială, avortul şi mortalitatea infantilă ca probleme medico-sociale.
10	Aplicarea metodelor epidemiologice de studiu în Medicina socială.

Tematica lecţiilor practice

1	Medicina socială ca ştiinţă şi obiect de studiu.
2	Biostatistica şi însemnătatea ei în evaluarea sănătăţii populaţiei.
3	Seriile variabile. Valorile medii şi aprecierea exactităţii lor.
4	Reprezentarea grafică a valorilor relative şi medii.
5	Metoda directă de standardizare.
6	Seriile cronologice (dinamice).
7	Analiza de corelaţie.
8	Analiza regresiei.

9	Aplicarea metodelor epidemiologice de studiu în Medicina socială.
10	Etapele studiului statistic.
11	Demografia medicală.
12	Morbiditatea populației.
13	Educația pentru sănătate. Promovarea modului sănătos de viață.

C. INDICATORII PENTRU EVALUAREA SĂNĂTĂȚII POPULAȚIEI RM

Demografia în R.M.

+Efectivul anual al populației total
+Născuți vii, total la 1000 populație
Născuți vii, total greutatea 1000+ (abs)
Născuți vii, bărbați greutatea 1000+ (abs)
Născuți vii, femei greutatea 1000+ (abs)
Născuți vii, greutatea 500+ (abs)
+Mortalitatea la 1000 locuitori
+Spor natural la 1000 populație
+Fertilitatea totală

Mortalitatea populației R.M.

+Mortalitatea infantilă la 1000 născuți vii, total
Indicii mortalității infantile: unele afecțiuni ale perioadei perinatale la 1000 născuți vii
Indicii mortalității infantile: bolile aparatului respirator la 1000 născuți vii
Indicii mortalității infantile: malformații congenitale la 1000 născuți vii
Indicii mortalității infantile: traume şi otrăviri la 1000 născuți vii
Indicii mortalității infantile: bolile infecțioase şi parazitare la 1000 născuți vii
Indicii mortalității infantile: bolile sistemului nervos la 1000 născuți vii

Indicii mortalităţii infantile: diverse la 1000 născuţi vii
+Mortalitatea perinatală la 1000 născuţi (greut. 1000+)
+Mortalitatea neonatală precoce la 1000 născuţi vii (gr.1000+)
Mortinatalitatea la 1000 născuţi (gr. 1000+)
Mortalitatea maternă după locul de trai, toate cauzele la 100 mii născuţi vii
Mortalitatea maternă prin risc obstetrical direct-total la 100 mii născuţi vii
Mortalitatea maternă prin complicaţiile sarcinii, naşterii, lăuziei la 100 mii născuţi vii
Mortalitatea maternă prin avorturi la 100 mii născuţi vii
Mortalitatea maternă prin risc obstetrical indirect la 100 mii născuţi vii
+Structura mortalităţii: toate cauzele (100%)
Structura mortalităţii: bolile infectioase şi parazitare(%)
Structura mortalităţii: inclusiv Hepatita virală cronică
Structura mortalităţii: tumori (%)
Structura mortalităţii: inclusiv tumori maligne (%)
Structura mortalităţii: bolile aparatului circulator (%)
Structura mortalităţii: inclusiv infarctul miocardic acut (%)
Structura mortalităţii: bolile aparatului respirator (%)
Structura mortalităţii: inclusiv pneumonia (%)
Structura mortalităţii: bolile aparatului digestiv (%)
Structura mortalităţii: inclusiv hepatita cronică şi ciroza ficat(%)
Structura mortalităţii: bolile sistemului nervos (%)
Structura mortalităţii: anomalii congenitale (%)
Structura mortalităţii: traume si otrăviri (%)
Structura mortalităţii: inclusiv accidente de transport (%)
Structura mortalităţii: biverse (%)
Structura mortalităţii: inclusiv simptome şi stări rău definite (%)
+Indicii mortalităţii: toate cauzele la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: bolile infecţioase la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: inclusiv Hepatita virală cronica la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: tumori la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: inclusiv Tumori maligne la 100000 locuitori

Indicii mortalităţii: bolile aparatului circulator la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: inclusiv infarct miocardic acut la 100000
Indicii mortalităţii: bolile aparatului respirator la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: inclusiv Pneumonia la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: bolile aparatului digestiv la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: Inclusiv Hepatită Cronica şi ciroza hepatică la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: bolile sistemului nervos la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: malformaţii congenitale la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: traume şi otrăviri la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: inclusiv accidente de transport la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: diverse la 100000 locuitori
Indicii mortalităţii: inclusiv simptome şi stări rău definite la 100000 locuitori

Morbiditatea populaţiei R.M.

+Incidenţa tuberculozei la 100000 de locuitori
Incidenţa tuberculozei aparatului respirator la 100000 de locuitori
+Prevalenţa tuberculozei la 100000 de locuitori
Prevalenţa tuberculozei aparatului respirator la 100000 de locuitori
Mortalitatea de tuberculoză de toate formele la 100000 de locuitori
+Incidenţa hepatitei virale – total la 100000 de locuitori
+Incidenţa hepatitei "A" la 100000 de locuitori
+Incidenţa hepatitei virale "B" la 100000 de locuitori
+Incidenţa sifilisului la 100000 de locuitori
+Incidenţa gonoreei la 100000 de locuitori
Numărul de cazuri noi de gonoree
+Incidenţa rujeolei la 100000 de locuitori
+Incidenţa difteriei la 100000 de locuitori
+Incidenţa tetanosului la 100000 de locuitori
+Incidenţa poliomielitei acute la 100000 de locuitori
+Incidenţa bolilor infecţioase intestinale acute la 100000 de locuitori
Incidenţa dizenteriei bacteriale la 100000 de locuitori

Incidența enteritei, a colitei de agenți determinați la 100000 de locuitori
+Incidența SIDA la 100000 de locuitori
+Incidența infecției cu HIV la 100000 de locuitori
Numărul de cazuri noi ale infecției cu HIV
Numărul de cazuri cumulative ale infecției cu HIV
+Incidența generală la 10000 locuitori
Numărul de cazuri noi de maladii
+Prevalența generală la 10000 de locuitori
Numărul de cazuri maladii, total
+Incidența adulți şi adolescenți la 10000 de locuitori
Numărul de cazuri noi maladii adulți şi adolescenți
+Prevalența adulți şi adolescenți la 10000 de locuitori
Numărul de cazuri maladii total adulți şi adolescenți
+Incidența copii 0–14 ani la 10000 de locuitori
Numărul de cazuri noi de maladii la copii 0–14 ani
+Prevalența copii 0–14 ani la 10000 de locuitori
Numărul de cazuri maladii total la copii 0–14 ani
+Prevalența bolilor aparatului respirator la 10000 de locuitori
Incidența hepatitei cronice şi cirozei hepatice la 10000 de locuitori
+Incidența bolilor aparatului genito-urinar la 10000 de locuitori
+Prevalența bolilor aparatului genito-urinar la 10000 de locuitori
+Incidența bolilor aparatului circulator la 10000 de locuitori
Incidența maladiei hipertensive la 10000 de locuitori
Incidența maladiei ischemice a inimii la 10000 de locuitori
Incidența maladiei cerebrovasculare la 10000 de locuitori
+Prevalența bolilor aparatului circulator la 10000 de locuitori
+Incidența traumei şi otrăvirilor la 100000 de locuitori
Incidența traumei la 100000 de locuitori
Incidența artritei reumatoide şi poliartropatiilor inflamatorii la 10000 de locuitori
+Incidența bolilor sistemului nervos la 10000 de locuitori
+Prevalența bolilor sistemului nervos la 10000 de locuitori
+Incidența tumorii maligne la 100000 de locuitori
+Prevalența tumorii maligne la 100000 de locuitori

+Incidența cancerului glandei mamare la 100000 de locuitori
Prevalența cancerului glandei mamare la 100000 de locuitori
Incidența diabetului zaharat insulino-dependent la 10000 de locuitori
+Prevalența diabetului zaharat la 10000 de locuitori
+Incidența maladiilor psihice la 100000 de locuitori
+Prevalența maladiilor psihice la 10000 de locuitori
+Incidența alcoolismului şi psihozei alcoolice 100000 de locuitori
+Prevalența alcoolismului şi psihozei alcoolice la 100000 de locuitori
+Incidența narcomaniei la 10000 de locuitori
+Prevalența narcomaniei la 10000 de locuitori

D. DOCUMENTE LEGISLATIVE

GUVERNUL REPUBLICII MOLDOVA

PROGRAMUL NAȚIONAL
DE EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE A POPULAȚIEI ŞI PROMOVARE A MODULUI SĂNĂTOS DE VIAȚĂ

Chişinău – 2004

G U V E R N U L R E P U B L I C I I MOLDOVA

H O T Ă R Â R E
nr. 1000 din 28 septembrie 1998
Chişinău

Cu privire la Programul naţional de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă

Întru executarea Legii ocrotirii sănătăţii nr.41l–XIII din 28 martie 1995 şi Legii privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populaţiei nr. 1513 – XII din 16 iunie 1993 şi luând în considerare

importanța educației pentru sănătate, promovării modului sănătos de viață in prevenirea bolilor infecțioase şi neinfecțioase, fortificarea sănătății populației şi prelungirea duratei de viață activă şi crea-toare, Guvernul Republicii Moldova HOTĂRĂŞTE:

1. Se aprobă:

– Programul național de educație pentru sănătate a populației şi promovare a modului sănătos de viață (anexa nr. 1);

– componența Consiliului republican pentru coordonarea şi controlul asupra îndeplinirii Programului național de educație pentru sănătate a populației şi promovare a modului sănătos de viată (anexa nr. 2);

– Regulamentul Consiliului republican pentru coordonarea şi controlul asupra îndeplinirii Programului național de educație pentru sănătate a populației şi promovare a modului sănătos de viață (anexa nr. 3);

2. Se autorizează Ministerul Sănătății să înfăptuiască coordonarea măsurilor privind elaborarea acestor normative pentru realizarea programului în cauză şi să prezinte, în caz de necesitate, propuneri în vederea operării modificărilor necesare în program în corespundere cu condițiile reale din teritorii.

3. Organele administrației publice locale, în comun cu Instituțiile medicale, de învățământ şi alte organizații şi cu ajutorul consultativ-metodic al Consiliului republican pentru coordonarea şi controlul asupra îndeplinirii Programului național de educație pentru sănătate a populației şi promovare a modului sănătos de viată, vor elabora şi aproba programe teritoriale de educație pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viață şi vor asigura realizarea acestora.

4. Ministerele şi departamentele:

– vor asigura îndeplinirea integrală şi oportună a acțiunilor prevăzute în programul nominalizat, elaborând programe tematice concrete, cu participarea pe larg a organizațiilor nonguvernamenlale şi a populației la realizarea lor;
– la elaborarea planurilor dezvoltării economice şi sociale a țării vor ține cont de stipulațiile programului în cauză, prevăzând

mijloacele financiare şi materiale necesare pentru realizarea scopurilor propuse.

5. Finanţarea acţiunilor prevăzute în Programul naţional de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă se va efectua, în limita mijloacelor aprobate în aceste scopuri în devizul de cheltuieli anual, de la bugetul de stat şi bugetele locale.

6. Ministerul Economiei şi Reformelor va prevedea în Coman-da de stat tematica ştiinţifică a problemelor de educaţie pentru sănă-tate.

7. Se recomandă mijloacelor mass-media să reflecte sistematic mersul realizării programului în cauză.

Prim-ministru
al Republicii Moldova **ION CIUBUC**

Anexa nr.1
la Hotărârea Guvernului
Republicii Moldova nr. 1000 din 28 septembrie 1998

PROGRAMUL NAȚIONAL
de educație pentru sănătate a populației şi promovare a modului sănătos de viață

Dezvoltarea şi perfecționarea asistenței medicale preventive în sistemul sănătății sunt indispensabil legate de educația pentru sănătate a populației, de promovarea modului sănătos de viață.

Educația pentru sănătate constituie o componentă a educației generale a populației şi este o activitate instructiv-educativă cu multiple aspecte, orientată spre cultivarea unui comportament conştient şi responsabil al omului în scopul dezvoltării, menținerii şi fortificării sănătății, recuperării capacității de muncă şi prelungirii duratei de viață activă.

1. ARGUMENTĂRI

Starea sănătății populației este un indice integrat al dezvoltării sociale a țării, o reflectare a bunăstării social-economice şi morale, un factor decisiv de influență asupra potențialului economic, cultural şi forței de muncă a societății.

Menținerea şi întărirea sănătății este sarcina socială primordială a statului, ce poate fi soluționată numai prin eforturile comune ale organizațiilor de stat şi publice, organelor şi instituțiilor medicale, prin colaborarea reciprocă, sporirea responsabilității fiecărei părți şi cointeresarea reală a fiecărui cetățean în păstrarea sănătății proprii şi a sănătății publice.

În ultimul deceniu în republică s-a erijat o situație medico-demografică nefavorabilă. Nivelul natalității continuă să scadă.

Sporul natural al populaţiei în ultimii 10 ani s-a redus cu peste 94%. Durata medie de viaţă constituie 66,8 ani, inclusiv la bărbaţi – 62,9 ani, la femei – 70,4 ani.

Una din tendinţele nefaste este şi creşterea mortalităţii populaţiei în vârstă aptă de muncă. Cauzele principale ale mortalităţii le constituie maladiile sistemului cardiovascular, tumorile maligne, traumele şi accidentele, bolile organelor respiratorii.

La un nivel înalt se menţine mortalitatea infantilă, indicele căreia în 1997 a fost de 19,8 la 1000 născuţi vii.

Analizând tendinţele existente ale dezvoltării medico-demografice, constatăm apariţia unor modificări structurale nefavorabile în componenţa generală de vârstă a populaţiei: numărul copiilor şi adolescenţilor scade, iar cel al persoanelor de vârstă avansată şi inapte de muncă se majorează.

Incidenţa generală în ultimii ani a sporit considerabil şi constituie 39318,0 cazuri la 100 mii populaţie. Sunt răspândite mai frecvent astfel de maladii ca: bolile psihice, endocrine, alergice, tumorile maligne, infarctul miocardic, ulcerul stomacal şi duodenal, afecţiunile ficatului, rinichilor, maladiile organelor respiratorii etc. Astfel., maladiile psihice au atins cifra de 370,0, patologia endocrinologică – 327,0, tumorile maligne – 167,5 cazuri la 100 mii populaţie.

O situaţie alarmantă s-a creat în ceea ce priveşte răspândirea maladiilor social-condiţionate: HIV/SIDA, bolile sexual-transmisibile, alcoolismul, narcomania, tuberculoza etc.

Anumite stări morbide sunt condiţionate de factori precum: poluarea mediului înconjurător, tensionarea neuro-psihologică crescândă, nivelul scăzut al instruirii fizice şi igienice a populaţiei, mai ales a tinerilor, stresul socio-economic, alimentaţia neraţională, deprinderile dăunătoare etc.

Situaţia epidemiologică creată, lipsa de mijloace specifice pentru tratarea maladiei SIDA şi narcomaniei, nivelul înalt al morbidităţii prin maladii infecţioase şi cronice neinfecţioase necesită intensificarea lucrului de profilaxie şi, în primul rând, a educaţiei pentru sănătate a populaţiei.

Programul naţional de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă (în continuare – Programul naţional) prevede o serie de acţiuni orientate spre minimalizarea acţiunii factorilor sus-numiţi, ceea ce va conduce la ocrotirea şi promovarea sănătăţii populaţiei.

2. SCOPUL, ACŢIUNILE ŞI REZULTATELE PRECONIZATE

Programul naţional prevede soluţionarea problemei prioritare în domeniul ocrotirii sănătăţii – menţinerea şi fortificarea sănătăţii populaţiei, trasează strategia şi tactica perfecţionării în continuare a educaţiei pentru sănătate, promovării modului sănătos de viaţă.

Nivelul înalt de instruire şi cultură sanitară a populaţiei se impune ca un imperativ al zilei şi prevede un ansamblu de măsuri organizatorice, metodologice şi tehnice, care au drept scop: însuşirea de către populaţie a cunoştinţelor necesare în domeniul sanogenezei, protecţiei mediului, igienei individuale, igienei alimentaţiei, prevenirii îmbolnăvirilor; evitarea abuzului de medicamente şi alcool, abandonarea drogurilor; cunoaşterea şi depistarea precoce a principalelor semne de boală; crearea unei poziţii active faţă de sănătatea individuală şi colectivă.

Direcţiile principale ale educaţiei pentru sănătate prevăd:

- desfăşurarea educaţiei pentru sănătate a familiei, punându-se accentul pe pregătirea copiilor şi, îndeosebi, a tinerilor pentru căsătorie şi viaţa de familie; cultivarea unei atitudini corecte faţă de planificarea familiei; propagarea cunoştinţelor cu privire la îngrijirea sănătăţii femeilor, copiilor şi adolescenţilor;
- îmbunătăţirea, extinderea şi modernizarea educaţiei pentru sănătate în cadrul grupurilor de copii şi tineret, în funcţie de particularităţile de vârstă, sex, gen de activitate, în vederea formării şi consolidării deprinderilor unui comportament igienic adecvat şi prevenirii îmbolnăvirilor;
- extinderea şi modernizarea educaţiei pentru sănătate a personalului din întreprinderi, instituţii de stat şi particulare, din asocia-

țiile rurale în scopul evitării îmbolnăvirilor profesionale, păstrării integrale a capacității de muncă şi stimulării inițiativei personale privind participarea acestora la aplicarea măsurilor de promovare a sănătății;

- intensificarea acțiunilor de prevenire şi combatere a bolilor transmisibile, punându-se accentul pe bolile sociale (tuberculoza, bolile venerice, SIDA, alcoolismul, narcomania, toxicomania etc.);
- susținerea acțiunilor de prevenire şi combatere a bolilor cronice prin sporirea aportului educației pentru sănătate în influențarea deprinderilor şi comportamentului igienic corect, organizarea regimului de viață, promovarea unei alimentații raționale, combaterea abuzului de toxice uzuale;
- intensificarea educației pentru sănătate în problemele de prevenire a accidentelor (mai ales a accidentelor de circulație), la domiciliu şi la locul de muncă şi instruirea populației în materie de acordare a primului ajutor;
- integrarea educației pentru sănătate în cadrul programelor cultural-artistice pentru populație;
- propagarea cunoştințelor pentru îngrijirea elementară a bolnavilor, pentru respectarea indicațiilor de regim igienico-dietetic, în vederea restabilirii sănătății, capacității de muncă, reabilitării şi a unei cât mai bune reintegrări sociale;
- popularizarea sistemului de asigurare de servicii medicale, a noilor metode şi mijloace de profilaxie şi reabilitare; participarea activă a populației la realizarea reformelor sistemului de asistență medicală;
- considerarea educației pentru sănătate drept cel mai eficient mijloc de promovare a sănătății, mijloc ce are un caracter public, cetățenesc şi reprezintă un factor important în ridicarea nivelului general de cultură şi civilizație a populației;
- orientarea profilactică a ocrotirii sănătății şi a măsurilor de sanogeneză, ca fiind o direcție importantă a educației pentru sănătate, care include dezvoltarea interesului pentru practicarea sportului şi pentru folosirea factorilor naturali în scopul călirii şi întăririi organismului şi al sporirii duratei medii de viață;

⌑ ridicarea responsabilităţii pentru sănătatea proprie, familială şi colectivă – parte integrantă în preocupările ocrotirii sănătăţii publice.

⌑ Soluţionarea acestor sarcini este posibilă doar cu condiţia că educaţia pentru sănătate se va manifesta multilateral în viaţa spirituală şi culturală a societăţii, iar ca mijloace intermediare vor servi literatura, teatrul, cinematografia, televiziunea, presa, radioul, care au menirea de a forma ideologia modului sănătos de viaţă .şi de a prezenta latura frumoasă a sănătăţii psihice şi fizice a omului.

Realizarea măsurilor preconizate în Programul naţional va asigura obţinerea următoarelor rezultate:

⌑ executarea prevederilor actelor legislative ale Republicii Moldova la compartimentele protecţiei muncii şi sănătăţii;

⌑ modificarea pozitivă a atitudinii populaţiei faţă de sănătatea proprie, transformarea cunoştinţelor igienice în convingeri şi acţiuni concrete şi adecvate;

⌑ asigurarea asistenţei medicale prin acţiuni economic eficiente privind menţinerea şi fortificarea sănătăţii populaţiei;

⌑ normalizarea şi ameliorarea parametrilor dezvoltării fizice a persoanelor angajate în câmpul muncii şi a generaţiei tinere;

⌑ menţinerea şi consolidarea rezervei de forţă fizică de muncă a populaţiei;

⌑ reducerea pagubelor, inclusiv a celor economice şi morale, cauzate de îmbolnăviri, pierderi ale capacităţii de muncă şi de invalidităţi; evitarea decesului prematur; prelungirea duratei de viaţă activă, creşterea speranţei de viaţă a populaţiei.

3. Acţiuni de realizare a programului naţional

Nr. crt.	Măsurile	Responsabil de executare	Termen de executare
1	*2*	*3*	*4*

I. MĂSURI ORGANIZATORICE ŞI DE CONSOLIDARE A BAZEI TEHNICO-MATERIALE A SUBDIVIZIUNILOR DE EDUCAŢIE PENTRU SĂNĂTATE

1.	Unificarea structurii Serviciului de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă; La nivel republican – Centrul Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă al Ministerului Sănătăţii; La nivel municipal – secţii de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în componenţa centrelor de medicină preventivă raionale.	Ministerul Sănătăţii, primăriile municipale, comitetele executive raionale	1998–1999
2.	Organizarea cabinetelor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în instituţiile curativ-profilactice.	Ministerul Sănătăţii, primăriile municipale, comitetele executive raionale	1998–1999
3.	Organizarea în policlinici a „Cabinetelor copilului sănătos”	Ministerul Sănătăţii, primăriile municipale, comitetele executive raionale	1998–1999
4.	Asigurarea secţiilor şi cabinetelor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă cu mijloace tehnice-moderne de informare, inclusiv audiovizuale.	Ministerul Sănătăţii, primăriile municipale, comitetele executive raionale	1998–2000

II. PREGĂTIREA CADRELOR MEDICALE ŞI NEMEDICALE ÎN MATERIA EDUCAŢIEI PENTRU SĂNĂTATE

1.	Perfecţionarea sistemului de pregătire universitară şi postuniverstiară a cadrelor medicale în materia educaţiei pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă	Ministerul Sănătăţii	Permanent
2.	Pregătirea şi perfecţionarea cadrelor didactice pentru predarea valeologiei şi educaţiei pentru sănătate în instituţiile	Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei, Ministerul Sănătăţii	1998–1999

	de învățământ preuniversitar		
3.	Elaborarea, perfectarea și implementarea:		
	1) programelor-tip de educație pentru sănătate a copiilor de vârstă preşcolară şi a elevilor;	Ministerul Educației şi Ştiinței, Ministerul Sănătății	1998– 1999
	2) programului Organizației Mondiale a Sănătății, Consiliului Europei şi Comisiei Europei „Rețeaua europeană de şcoli în promovarea sănătății" – la nivel național;	Ministerul Educației şi Ştiinței, Ministerul Sănătății, primăriile municipale, comitetele executive raionale	1998–1999
	3) programul unificat de pregătire a părinților în educația pentru sănătate a generației tinere;	Ministerul Educației şi Ştiinței, Ministerul Sănătății	1998–1999
	4) programul de pregătire a medicilor în materia educației pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viață;	Ministerul Sănătății	1998–1999
	5) programul de pregătire a corpului didactic din învățământ public în materia educației pentru sănătate;	Ministerul Educației şi Ştiinței, Ministerul Sănătății	1998–1999
	6) programul de pregătire a lucrătorilor din cultură în materia educației pentru sănătate;	Ministerul Culturii Ministerul Sănătății	1998–1999
	7) programul-tip de educație pentru sănătate a militarilor;	Ministerul Apărării, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Securității Naționale, Ministerul Sănătății	1998–1999
	8) programul-tip de educație pentru sănătate a lucrătorilor din industrie şi agricultură, cadrelor tehnico-inginereşti şi funcționarilor;	Ministerul Industriei şi Comerțului, Ministerul Agriculturii şi Industriei Prelucrătoare, Ministerul Sănătății	1998–2000
	9) programul-tip de pregătire a diverselor grupuri ale contingentelor stabilite prin decret.	Ministerul Sănătății	1998–2000
4.	Pregătirea şi editarea manualelor, ghidurilor „Educație pentru sănătate" pentru corpul didactic, elevi, studenți, populație.	Ministerul Educației şi Ştiinței, Ministerul Sănătății	1998–2000

5.	Asigurarea pregătirii pedagogilor şi lucrătorilor medicali pentru educaţia antialcoolică, antinarcotică, morală şi sexuală, sistematică şi diferenţiată, a elevilor şi tineretului, precum şi în materia de planificare a familiei	Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei, Ministerul Sănătăţii	Permanent
6.	Ridicarea gradului de responsabilitate personală a conducătorilor organizaţiilor şi instituţiilor de stat, cooperatiste şi particulare pentru instruirea igienică şi educaţia pentru sănătate a salariaţilor	Ministerele departamentale, primăriile municipale, comitetele executive raionale	Permanent
7.	Acordarea ajutorului consultativ şi metodico-organizatoric în problemele educaţiei pentru sănătate ministerelor, departamentelor, organizaţiilor obşteşti, antrenate în realizarea Programului naţional.	Ministerul Sănătăţii	Permanent

III. CERCETĂRI ŞTIINŢIFICO-PRACTICE

1.	Efectuarea cercetărilor ştiinţifice în vederea elaborării unor metode avansate de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.	Ministerul Sănătăţii, Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei.	Permanent
2.	Efectuarea investigaţiilor în domeniul educaţiei pentru sănătate, punându-se accent pe promovarea modului sănătos de viaţă, prevenirea şi combaterea bolilor contagioase şi necontagioase, profilaxia alcoolismului, fumatului, narcomaniei, SIDA etc.	Ministerul Sănătăţii	Permanent
3.	Implementarea continuă în activitatea instituţiilor curativ-profilactice şi a instituţiilor de învăţământ a realizărilor cercetărilor ştiinţifice în domeniul educaţiei pentru sănătate.	Ministerul Sănătăţii, Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei.	Permanent

IV. MOBILIZAREA SOCIALĂ A POPULAŢIEI

1.	Includerea în programele de studii ale şcolilor generale, liceelor, gimnaziilor, şcolilor tehnico-profesionale, colegiilor, instituţiilor de învăţământ superior	Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei, Ministerul Sănătăţii	1998–2000

	a cursurilor obligatorii „Educația pentru sănătate”		
2.	Pregătirea contingentelor decretate, lucrătorilor din industrie şi agricultură, cadrelor tehnico-inginereşti şi funcționarilor în cadrul cursurilor de educație pentru sănătate (conform programelor minimumului sanitar).	Ministerul Industriei şi Comerțului, Ministerul Agriculturii şi Industriei Prelucrătoare. Ministerul Sănătății, alte ministere şi departamente, agenții economice, primăriile municipale, comitetele executive raionale	Anual
3.	Instruirea sanitaro-igienică şi tehnică – curs introductiv cu noii angajați, inclusiv protecția muncii şi tehnica securității.	Ministerele departamentale, primăriile municipale, comitetele executive raionale,	Permanent
4.	Instruirea pompierilor, colaboratorilor poliției rutiere şi şoferilor în domeniul acordării primului ajutor medical victimelor accidentelor rutiere	Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Sănătății, primăriile municipale, comitetele executive raionale	Permanent
5.	Crearea serviciilor de informație (telefoane de încredere) pentru populație cu privire la promovarea modului sănătos de viață.	Ministerul Sănătății, pri pri-măriile municipale, comitetele executive raionale	1998–1999
6.	Organizarea sistematică a concursurilor de desene, trecerilor în revistă a materialelor editate, conferințelor, olimpiadelor, discotecilor, având ca temă promovarea modului sănătos de viață, combaterea narcomaniei, fumatului, alcoolis-mului, protecția mediului, alimentația rațională etc.	Ministerul Educației şi Științei, Ministerul Culturii, Compania de Stat „Teleradio-Moldova”, Agenția Națională de Presă Moldpres”, Ministerul Sănătății	Anual
7. 7.1. 7.5	Organizarea şi desfăşurarea unei serii de acțiuni propagandistice în masă în legătură cu: Ziua mondială de combatere a tuberculozei; 7.2. Ziua mondială a sănătății; 7.3 Ziua mondială fără tutun; 7.4 Ziua mondială a ocrotirii copilului; Ziua mondială de combatere a	Ministerul Sănătății, Ministerul Educației şi Științei, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Culturii, Compania de Stat „Teleradio-Moldopres”, primăriile municipale, comitetele executive raionale.	Permanent

	maladiei SIDA		
8.	Organizarea şi desfăşurarea săptămânilor de proiectare a filmelor tematice, lunilor de propagare a cunoştinţelor în vederea promovării unui mod sănătos de viaţă, profilaxiei maladiilor transmisibile, planificării familiei etc.	Ministerul Sănătăţii, Ministerul Culturii, Compania de Stat „Teleradio-Moldova", primăriile municipale, comitetele executive raionale.	Permanent
9.	Contribuirea la abordarea problemelor şi includerea în repertoriul teatrelor (mai ales al teatrelor pentru copii) a unor reprezentaţii ce ar promova modul sănătos de viaţă, cultură fizică şi sportul, abandonarea deprinderilor dăunătoare (fumatul, alcoolismul, narcomania).	Ministerul Sănătăţii, Ministerul Culturii, Compania de Stat „Teleradio-Moldova", Agenţia Naţională de Presă „Mold-pres".	Permanent
10.	Elaborarea, editarea şi repartizarea materialelor informative de educaţie pentru sănătate.	Ministerul Sănătăţii, primăriile municipale, comitetele executive raionale.	Permanent
11.	Organizarea distribuirii literaturii de educaţie pentru sănătate (broşuri, foi volante, îndreptare, prospecte etc.) prin intermediul oficiilor poş-tale şi al unităţilor de vânzare a presei, al punctelor vamale etc.	Ministerul Sănătăţii, Ministerul Transporturilor şi Comunicaţiilor, Ministerul Finanţelor.	Permanent
12.	Practicarea imprimării textelor de educaţie igienică pe copertele caietelor şcolare, semnele de carte, calendare	Ministerul Sănătăţii, Compania de Stat „Teleradio-Moldova",	Permanent
13.	Organizarea concursurilor pentru cea mai bună emisiune, publicaţie şi formă eficientă de propagare a modului sănătos de viaţă, planificării familiei, abandonării deprinderilor dăunătoare (fumatul, alcoolismul, narcomania), profilaxia maladiilor sexual-transmisibile şi SIDA, protecţiei mediului etc.	Compania de Stat „Teleradio-Moldova", Ministerul Culturii, Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei, Ministerul Sănătăţii, primăriile municipale, comitetele executive raionale.	Permanent
14.	Contribuirea la realizarea şi pu-	Ministerul Sănătăţii,	Permanent

	nerea pe post a unor programe televizate şi radiofonice informative, documentare şi de popularizare a ştiinţei medicale cu abordarea problemelor actuale ale medicinii, educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă, planificării familiei etc.	Compania de Stat „Teleradio-Moldova”, Ministerul mediului, primăriile municipale, comitetele executive raionale.	
15.	Organizarea în cadrul emisiunilor televizate a „mesei rotunde” cu participarea medicilor, profesorilor, specialiştilor în ramură.	Compania de Stat „Teleradio-Moldova”, Ministerul Sănătăţii,	Permanent
16.	Realizarea filmelor de popularizare a cunoştinţelor medicale şi videoclipurilor cu tematică medico-igienică şi de promovare a modului sănătos de viaţă	Ministerul Sănătăţii, Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei, Ministerul Afacerilor Interne, Compania de Stat „Teleradio-Moldova”.	Permanent
17.	Punerea zilnică pe post la televiziune a videoclipurilor cu tematică medico-igienică în cadrul programelor muzical-distractive şi al altor emisiuni pentru telespectatori	Compania de Stat „Teleradio-Moldova”, Ministerul Sănătăţii, primăriile municipale, comitetele executive raionale.	Permanent
18.	Publicarea sistematică în ziarele şi revistele republicane, municipale şi raionale a materialelor cu tematică medico-igienică. Inaugurarea rubricilor permanente, consacrate promovării modului sănătos de viaţă	Ministerul Sănătăţii, Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei, Ministerul Culturii, primăriile municipale, comitetele executive raionale, Agenţia Naţională de Presă „Mold-pres”.	Permanent
19.	Editarea literaturii privind promovarea modului sănătos de viaţă, a culturii fizice şi sportului, ocrotirii sănătăţii femeilor, copiilor şi adolescenţilor, planificării familiei, dezrădăcinării deprinderilor dăunătoare (fumatul, alcoolismul, narcomania) etc.	Ministerul Sănătăţii, Ministerul Educaţiei şi Ştiinţei, Ministerul Culturii.	Permanent

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

O R D I N

Nr. 225 din 23.09.99

Cu privire la perfecţionarea măsurilor de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viată

Chişinău – 1999

Ministerul Sănătății consideră activitatea de educație pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viață un element foarte important al Politicii Naționale în domeniul Sănătății.

Având în vedere cele expuse şi întru asigurarea executării Hotărârii Guvernului Republicii Moldova nr. 1000 din 28.09.98 cu privire la Programul Național de educație pentru sănătate a populației şi promovare a modului sănătos de viață,

APROB:

1. Regulamentul cu privire la Serviciul de Educație pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viață şi informatic (anexa nr.l).
2. Regulamentul secției educație pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viață a Centrului de Medicină Preventivă județean/municipal (anexa nr.2).
3. Regulamentul cu privire la activitatea şefului secției educație pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viață a Centrului de Medicină Preventivă județean /municipal (anexa nr.3).
4. Regulamentul cu privire la activitatea medicului secției educație pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viață a Centrului de Medicină Preventivă județean /municipal (anexa nr.4).
5. Regulamentul cu privire la activitatea asistentului medicului de educație pentru sănătate al Centrului de Medicină Preventivă (anexa nr.5).
6. Regulamentul cu privire la Cabinetul de educație pentru sănătate al Filialei teritoriale a Centrului de Medicină Preventivă județean (FCMPJ) (anexa nr .6).
7. Regulamentul cu privire la Cabinetul de educație pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viață din instituțiile sanitare (anexa nr.7).
8. Regulamentul cu privire la "Cabinetul copilului sănătos" (anexa nr.8).
9. Normativele aproximative de calculare a timpului pentru înfăptuirea măsurilor de educație pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viață pentru lucrătorii medicali (anexa nr.9).

10. Lista-model a utilajului secţiei educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă a Centrului de Medicină Preventivă judeţean/ municipal (anexa nr.10).

Anexa nr. l
la ordinul Ministerului Sănătății
al Republicii Moldova nr. 225 **din 23.09 1999**

REGULAMENTUL
cu privire la Serviciul de Educație pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viață şi informație

I. DISPOZIȚII GENERALE

1. Educația pentru sănătate *şi* promovare a modului sănătos de viață constituie un compartiment al medicinei preventive, o parte componentă a educației generale a populației şi include un complex de activități instructiv-educative cu multiple aspecte, orientate spre ridicarea nivelului culturii sanitare a populației, cultivarea unui comportament individual şi colectiv conştient şi responsabil pentru dezvoltarea, menținerea şi fortificarea sănătății, recuperarea capacității de muncă şi prelungirea duratei active a vieții.

Educația pentru sănătate a populației şi promovarea modului sănătos de viață este o parte indispensabilă a activității profesionale a tuturor lucrătorilor medicali.

2. Regulamentul Serviciului de educație pentru sănătate, pro-movare a modului sănătos de viață şi informație (în continuare Serviciul) este elaborat în conformitate cu prevederile Constituției Republicii Moldova, Legii ocrotirii sănătății, Legii privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populației, Regulamentului privind supravegherea sanitaro-epidemiologică de stat în Republica Moldova, Prevederile Programului Național de educație pentru sănătate a populației şi promovare a modului sănătos de viață, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.l000 din 28 septembrie 1998, etc.

3. Scopul şi sarcinile activității Serviciului educație pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viață şi informație sunt

ocrotirea şi fortificarea sănătăţii populaţiei prin realizarea unui complex de măsuri organizatorice, metodologice şi tehnice pentru însuşirea de către populaţie a cunoştinţelor necesare în domeniul sanogenezei, protecţiei mediului, igienei personale, igienei alimentaţiei; prevenirea îmbolnăvirilor; evitarea abuzului de medicamente, alcool şi neîntrebuinţarea drogurilor; cunoaşterea şi depistarea precoce a principalelor semne de boală; acordarea în caz de nevoie a primului ajutor; crearea unei poziţii active faţă de sănătatea individuală şi colectivă.

4. Dirijarea activităţii Serviciului de Educaţie pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viaţă şi informaţie este efectuată de Ministerul Sănătăţii (viceministrul sănătăţii, Medicul-şef sanitar de stat al Republicii Moldova) prin intermediul CNŞPMP, altor Instituţii medicale republicane responsabile de organizarea şi realizarea anumitelor programe de combatere şi profilaxie a maladiilor.

II. DIRECŢIILE PRIORITARE ALE ACTIVITĂŢII SERVICIULUI:

– contribuirea la realizarea reformelor sistemului de asistenţă medicală în domeniul educaţiei pentru sănătate a populaţiei pornind de la condiţiile socio-economice noi;

– intensificarea activităţii în domeniul pregătirii cadrelor medicale, elaborarea şi implementarea mecanismelor de cointeresare materială şi morală a specialiştilor în rezultatele activităţii lor;

– elaborarea mecanismelor de implementare şi realizare a cerinţelor actelor legislative, Programelor Naţionale şi teritoriale la compartimentul educaţiei pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

– desfăşurarea activităţilor educaţiei pentru sănătate a familiei, punându-se accentul pe pregătirea copiilor şi, în special, a adolescenţilor pentru căsătorie şi viaţă în familie; crearea unei concepţii sănătoase şi consolidarea unei opinii corecte despre planificarea fa-

miliei; promovarea cunoştinţelor necesare pentru îngrijirea sănătăţii femeilor, copiilor şi adolescenţilor,

– îmbunătăţirea, extinderea şi modernizarea procesului de educaţie pentru sănătate în cadrul colectivităţilor de copii şi tineret, ţinându-se cont de particularităţile de vârstă, sex, genul de activitate, în obiectivul formării şi consolidării deprinderilor unui comportament igienic adecvat şi prevenirii îmbolnăvirilor;

– modificarea unor aspecte ale educaţiei pentru sănătate a personalului întreprinderilor, instituţiilor de stat şi particulare, asociaţiilor rurale, în scopul evitării îmbolnăvirilor profesionale, păstrării integrale a capacităţii de muncă şi stimulării iniţiativei personale privind participarea lucrătorilor la realizarea măsurilor de promovare a sănătăţii;

– intensificarea acţiunilor de prevenire şi combatere a bolilor social-condiţionate: tuberculoza, bolile venerice, SIDA, alcoolismul, narcomania, toxicomania etc.;

– susţinerea acţiunilor de prevenire şi combatere a bolilor cronice prin sporirea aportului educaţiei pentru sănătate în cultivarea deprinderilor şi comportamentului igienic corect, organizarea regimului de viaţă, promovarea unei alimentaţii raţionale, combaterea abuzului de toxice uzuale;

– intensificarea educaţiei pentru sănătate în problemele de prevenire a accidentelor / mai ales a accidentelor de circulaţie/, la domiciliu şi la locul de muncă şi instruirea populaţiei în acordarea primului ajutor;

– integrarea educaţiei pentru sănătate în cadrul programelor cultural-artistice pentru populaţie;

– propagarea cunoştinţelor pentru îngrijirea elementară a bolnavilor, pentru respectarea indicaţiilor de regim igienico-dietetic, în vederea refacerii sănătăţii, a capacităţii de muncă, a reabilitarii şi a unei cât mai bune reintegrări sociale;

– popularizarea sistemului de asigurare de servicii medicale, a noilor metode şi mijloace de profilaxie şi reabilitare; participarea activă a populaţiei la realizarea reformelor sistemului de asistenţă medicală;

– educaţia ecologică a populaţiei, protecţia mediului ambiant, dezvoltarea interesului pentru practicarea sportului şi pentru folosirea factorilor naturali în scopul călirii şi întăririi organismului şi a creşterii duratei medii de viaţă;

– conlucrarea activă cu organismele şi structurile internaţionale, organizaţiile şi formaţiunile neguvernamentale, cu alte servicii, mass-media în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă.

III. FUNCŢIILE DE BAZĂ ALE SERVICIULUI:

1) elaborarea strategiei şi tacticii în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă în comun cu specialiştii pe profil şi alte servicii;

2) organizarea şi efectuarea cercetărilor ştiinţifico-practice prioritare în domeniul educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă şi în vederea determinării principalelor direcţii de activitate a serviciului;

3) organizarea şi dirijarea problemelor de educaţie pentru sănătate, determinarea direcţiilor prioritare, planificarea măsurilor în problemele de educaţie pentru sănătate, promovarea modului sănătos de viaţă, pregătirea specialiştilor din ramurile economiei naţionale în problemele medico-igienice, ţinându-se cont de particularită-ţile teritoriale, indicii sănătăţii, situaţia sanitaro-epidemiologică etc.;

4) elaborarea şi înaintarea, în modul stabilit, spre aprobarea proiectelor de acte legislative, normative şi directive, instructiv-metodice privind problemele de educaţie pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă;

5) conlucrarea cu ministerele şi departamentele, sursele de informare în masă, organizaţiile nonguvernamentale şi populaţia în promovarea unui mod sănătos de viaţă, participarea activă la înfăptuirea diferitelor măsuri de profilaxie, protecţie şi asanare a mediului ambiant, ameliorare a condiţiilor de viaţă, muncă şi existenţă a omului, menţinerea şi întărirea sănătăţii populaţiei;

6) colaborarea internaţională cu OMS şi alte organisme internaţionale, în vederea susţinerii şi realizării în comun a unor măsuri de educaţie pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă;

7) organizarea şi participarea la pregătirea şi instruirea cadrelor serviciului de educaţie pentru sănătate;

8) asigurarea informaţiei necesare argumentate privind problemele ocrotirii sănătăţii, stării sănătăţii publice şi situaţiei sanitaro-epidemiologice şi altei informaţii medico-igienice în problemele sănătăţii, ale tuturor păturilor sociale şi de vârstă a populaţiei cu folosirea largă a surselor de informare în masă (televiziunea, radio, presa);

9) organizarea supravegherii şi monitorizarea realizării Programelor naţionale şi teritoriale de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, a altor documente normative şi directive la compartimentul nominalizat şi înaintarea propunerilor şi recomandărilor privind perfecţionarea lor, pregătirea propunerilor pentru examinare la Consiliul Colegial şi sanitaro-epidemiologic al MS, Consiliile şi Comitetele executive din teritoriu;

10) relevarea şi evaluarea cauzelor şi consecinţelor nefavorabile ale raportului "Sănătatea populaţiei – modul de trai", elaborarea măsurilor de educaţie pentru sănătate şi a recomandărilor practice privind corecţia comportării diferitelor grupuri de oameni în scopul asanării populaţiei;

11) organizarea activităţii de instruire a specialiştilor din instituţiile sanitare şi alte ramuri ale economiei naţionale din teritoriu în probleme de educaţie pentru sănătate;

12) pregătirea şi editarea materialelor ilustrative şi a literaturii de popularizare a cunoştinţelor medico – igienice;

13) acordarea ajutorului şi participarea la înfăptuirea măsurilor în ce priveşte ridicarea calităţii şi eficacităţii educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă, desfăşurate de către instituţiile sanitare, alte departamente şi organizaţii ne medicale;

IV. STRUCTURA SERVICIULUI

Serviciul de educaţie pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viaţă şi informaţie al Ministerului Sănătăţii include:

✶ **la nivel republican:**

– CNŞPMP – centrul de dirijare şi coordonare a activităţii de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă;

– Instituţiile sanitare republicane,

✶ **la nivel de raion**, municipiu:

– secţiile de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în componenţa Centrelor de Medicină Preventivă raionale, municipale care dirijează activitatea respectivă în raioane, municipii;

– instituţiile sanitare raionale, municipale.

✶ **la nivel teritorial:**

– cabinete de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în componenţa filialelor Centrelor de Medicină Preventivă Raionale;

– instituţiile sanitare teritoriale.

Anexa nr. 2
la ordinul Ministerului Sănătăţii
al Republicii Moldova nr. 225 **din 23.09. 1999**

REGULAMENTUL
secţiei Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă a Centrului de Medicină Preventivă raional/municipal

I. DISPOZIŢII GENERALE.

1. Secţia Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă (în continuare – Secţia) a Centrului de Medicină Preventivă (CMP) raional/municipal este o subdiviziune funcţională ce se află în subordonarea nemijlocită a medicului-şef al CMP.

2. Secţia este o structură a Serviciului de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă şi funcţionează în scopul organizării *şi* coordonării activităţii de Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, efectuat de instituţiile sanitare şi alte organizaţii cointeresate, inclusiv ale învăţământului public, culturii fizice şi sportului, culturii, mijloacelor de informare în masă, organizaţiilor non-guvernamentale etc. în scopul ridicării nivelului de cunoştinţe medico-igienice a populaţiei, mai ales, în domeniul sanogenezei, protecţiei mediului şi prevenţiei bolilor, planificării familiei, formării şi dezvoltării unor deprinderi corecte, care să promoveze sănătatea, în scopul creării unei poziţii active faţă de sănătatea individuală şi faţă de problemele sănătăţii publice.

3. În activitatea sa secţia se călăuzeşte de Constituţia Republicii Moldova, Legea ocrotirii sănătăţii a Republicii Moldova, Legea Republicii Moldova privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populaţiei şi de alte Legi, de Regulamentul privind supravegherea sanitaro-epidemiologică de stat în Republica Moldova, actele normative ale Ministerului Sănătăţii, de Programul teritorial de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, de prezentul regulament şi alte documente instructiv – metodice.

i. SARCINILE DE BAZĂ

1. Elaborarea strategiei şi tacticii în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă în teritoriul deservit în comun cu specialiştii de profil şi alte servicii, asigurând direcţiile prioritare în profilaxia primară şi secundară a maladiilor, precum şi activităţile prioritare de educaţie pentru sănătate, având în vedere rezultatele analizei indicilor demografici şi morbidităţii populaţiei, situaţia şi circumstanţele economice şi epidemilogice în teritoriul deservit şi în ţară.

2. Organizarea şi dirijarea problemelor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, coordonarea activităţii organelor şi instituţiilor sănătăţii, a altor departamente şi servicii interesate în problemele profilaxiei maladiilor, promovarea modului sănătos de viaţă.

3. Relevarea şi evaluarea cauzelor şi consecinţelor nefavorabile ale raportului „sănătatea populaţiei – modul de trai”, elaborarea măsurilor de educaţie pentru sănătate şi a recomandărilor practice privind corectarea comportării diferitelor grupuri de populaţie.

4. Elaborarea proiectelor materialelor instructiv-metodice, Programelor teritoriale complexe şi speciale ce ţin de educaţia pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă.

II. FUNCŢIILE DE BAZĂ

În corespundere cu sursele de bază, Secţia desfăşoară activitatea organizatorică-metodică, instructivă, de propagare, aplicativă, ştiinţifico-practică, consultativă, exercitând funcţiile următoare:

1. Determinarea direcţiilor prioritare, planificarea măsurilor în probleme de educaţie pentru sănătate, propagarea modului sănătos de viaţă, instruirea igienică, pregătirea specialiştilor din ramurile economiei naţionale în problemele sanitaro-igienice, ţinându-se cont de particularităţile teritoriale, de indicii sănătăţii şi situaţia epidemiologică.

2. Organizarea şi participarea la elaborarea şi realizarea Programelor teritoriale speciale şi a documentelor directive, normative şi instructiv-metodice cu referinţă la problemele de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovare a modului sănătos de viaţă.

3. Supravegherea şi monitorizarea îndeplinirii Programelor Naţionale şi locale şi altor acte informative la compartimentul Educaţie pentru sănătate, elaborarea şi înaintarea, în ordinea stabilită, a recomandărilor privind perfectarea activităţii la compartimentul nominalizat în scopul ocrotirii şi fortificării sănătăţii populaţiei.

4. Studierea şi generalizarea noilor forme şi metode de activitate a instituţiilor sănătăţii în domeniul educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă, implementarea elaborării ştiinţifice şi a recomandărilor în problemele asanării populaţiei, profilaxiei bolilor, consolidării aspectelor medicale de promovare a modului sănătos de viaţă.

5. Dirijarea organizatorico-metodică a activităţii Cabinetelor de educaţie pentru sănătate ale Filialelor teritoriale ale Centrelor de Medicină Preventivă şi ale activităţii instituţiilor sanitare la compartimentul Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă. Acordarea ajutorului consultativ instituţiilor sănătăţii, altor departamente şi organizaţii privind problemele educaţiei pentru sănătate.

6. Implementarea noilor forme şi metode ce ţin de instruirea igienică a populaţiei, de planificarea familială, propagarea cunoştinţelor medico-igienice, utilizându-se rezultatele investigaţiilor sociologice şi ştiinţifico-practice.

7. Propune spre examinare Consiliului Medical, Consiliului Sanitaro-Epidemiologic, în modul stabilit, problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă în scopul promovării unei politici unice de păstrare şi consolidare a sănătăţii.

8. Conlucrarea activă cu mijloacele de informare în masă locale (televiziunea, radioul, presa) în educaţia pentru sănătate a populaţiei şi promovării modului sănătos de viaţă, informarea populaţiei privind situaţia în ocrotirea sănătăţii şi sanitaro-epidemiologică în teritoriu şi ţară, în scopul însuşirii de către populaţie a cunoştinţelor necesare în domeniul sanogenezei, protecţiei mediului, igienei individuale, igienei alimentaţiei, prevenirii îmbolnăvirilor, evitării abuzului de medicamente şi alcool, abandonării drogurilor, cunoaşterii şi depistării precoce a principalelor semne de boală; adoptării unei atitudini active faţă de sănătatea individuală şi colectivă.

9. Elaborarea şi contribuirea la editarea în tiraje de masă pentru specialişti şi populaţie a materialelor didactice, metodice, informative, a literaturii de popularizare a ştiinţei medicale privind aspectele profilaxiei maladiilor şi promovării modului sănătos de viaţă.

i. STRUCTURA ŞI STATELE

1. Secţia este condusă de şeful secţiei, care este numit şi destituit din funcţie de către medicul-şef al Centrului de Medicină Preventivă.

2. Statele secţiei sunt aprobate de medicul-şef al Centrului de Medicină Preventivă, ţinându-se cont de normativele stabilite de Ministerul Sănătăţii.

3. Directivele şefului de secţie sunt obligatorii pentru colaboratorii acesteia.

ii. OBLIGAȚIILE ŞEFULUI ŞI COLABORATORILOR SECȚIEI

1. Planificarea permanentă şi contribuirea la realizarea măsurilor de pregătire şi sporire a calificării profesionale a salariaților, ținându-se cont de interesele activității de serviciu.

2. Planificarea şi asigurarea îndeplinirii planului de lucru al secției.

3. Coordonarea activității medicilor secției şi efectuarea controlului privind desfăşurarea activității lor.

4. Convocarea adunărilor, şedințelor specialiştilor secției operative şi de totalizare în vederea analizei rezultatelor activității acestora într-o anumită perioadă de timp şi determinarea sarcinilor de perspectivă.

5. Participărea la efectuarea controlului asupra activității de instruire sanitară la locul de muncă.

6. Elaborarea şi optimizarea sistemelor de gestionare a instruirii igienice şi educației pentru sănătate a populației la diferite niveluri administrative.

7. Acordarea ajutorului consultativ medicilor şi altor specialişti din sistemul sănătății în problemele ce țin de organizarea instruirii, metodologiei şi aplicării principiilor metodicii generale la soluționarea problemelor ce țin de educația pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viață.

8. Perfecționarea nivelului de organizare a muncii specialiştilor Serviciului de educație pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viață.

III. DREPTURILE ŞEFULUI ŞI COLABORATORILOR SECȚIEI.

l. Înaintarea pentru examinare şi discuție conducerii Centrului de Medicină Preventivă, propunerilor referitoare la soluționarea problemelor ce țin de optimizarea activității de educație pentru sănătate în rândurile populației.

2. Înaintarea propunerilor către conducătorii instituţiilor sanitare şi specialiştii principali privind problemele ameliorării educaţiei pentru sănătate (în rezultatul controlului asupra stării de lucruri în efectuarea educaţiei pentru sănătate).

3. Culegerea datelor statistice, acumularea materialelor de directivă, metodice şi de popularizare a cunoştinţelor medicale, necesare pentru exercitarea obligaţiunilor funcţionale.

4. Înaintarea către medicul-şef al Centrului de Medicină Preventivă a unor propuneri vizând stimularea lucrătorilor secţiei sau aplicarea sancţiunilor disciplinare.

IV. RESPONSABILITATEA

1. Şeful şi colaboratorii secţiei poartă răspundere în conformitate cu legislaţia în vigoare pentru:

a) îndeplinirea necalitativă a funcţiilor şi obligaţiunilor prevăzute în documentele normative şi directive şi regulamentul dat;
b) întrebuinţarea incorectă şi incompletă a drepturilor acordate;
c) nerespectarea disciplinei de muncă, a ordinii interioare a CMP, a cerinţelor protecţiei muncii şi tehnicii securităţii, antiincendiare, protejarea inventarului şi valorilor materiale în secţie etc.

VIII. EVIDENŢA ŞI DĂRILE DE SEAMĂ

Secţia efectuează evidenţa şi controlul rezultatelor activităţii proprii şi a altor instituţii şi organizaţii, evidenţa operativă şi statistică concomitent cu întocmirea dărilor de seamă la compartimentul nominalizat, în conformitate cu cerinţele legislaţiei în vigoare.

Anexa nr. 3
la ordinul Ministerului Sănătății
al Republicii Moldova nr. 225 din 23.09 1999

REGULAMENTUL
cu privire la activitatea şefului secției Educație pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viață a Centrului de Medicină Preventivă raional/municipal

I. DISPOZIȚII GENERALE.

1. În funcția de şef de secție educație pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viață a Centrului de Medicină Preventivă raional/municipal (în continuare – şeful Secției) poate fi numit un medic cu o pregătire specială în probleme de dirijare, medicină socială şi organizare a ocrotirii sănătății, în problemele medicinei preventive, educației pentru sănătate a populației şi promovării modului sănătos de viață, un medic de igienă generală sau un medic epidemiolog cu o vechime în muncă nu mai puțin de 5 ani.
2. Şeful secției este numit şi destituit din funcție de către medicul-şef al CMP.
3. Şeful secției activează şi se subordonează direct mediculuişef al Centrului de Medicină Preventivă.
4. Şeful secției organizează activitatea acesteia în corespundere cu prezentul Regulament, cu Regulamentul Centrului de Medicină Preventivă județean/municipal.
5. Dispozițiile şi indicațiile şefului Secției sunt strict obligatorii pentru toți colaboratorii acesteia.

II. OBLIGAŢIILE.

1. Determinarea direcţiilor principale ale activităţii Serviciului educaţie pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viaţă şi informaţie în teritoriul deservit.

2. Asigurarea lucrului organizatorico-metodic şi controlului asupra activităţii instituţiilor Serviciului educaţie pentru sănătate, promovare a modului sănătos de viaţă şi informaţie; coordonarea acţiunilor comune ale organelor şi instituţiilor sănătăţii cu instituţiile şi organizaţiile altor departamente în problemele educaţiei pentru sănătate. Organizarea supravegherii şi monitorizarea îndeplinirii programelor teritoriale speciale şi a documentelor directive, normative şi instructiv-metodice la compartimentul nominalizat.

3. Organizarea, participarea activă la elaborarea documentelor vizând problemele sănătăţii publice, Programelor teritoriale în domeniu, complexe şi speciale şi examinarea lor la diferite niveluri în cadrul sistemului ocrotirii sănătăţii.

4. Dirijarea, acordarea ajutorului organizatorico-metodic şi monitoringul permanent al activităţii instituţiilor medicale teritoriale în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă.

5. Contribuirea la organizarea şi pregătirea postuniversitară a cadrelor medicale în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă.

6. Organizarea conlucrării şi folosirea largă a mijloacelor locale de informare în masă în educaţia pentru sănătate etc., asigurarea participării specialiştilor Secţiei şi a instituţiilor sanitare teritoriale la propagarea cunoştinţelor medico-igienice prin intermediul mijloacelor de informare in masă.

7. Organizarea implementării formelor şi metodelor avansate de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

8. Asigurarea elaborării şi editării materialelor metodico-instructive şi informative vizând pregătirea igienică a populaţiei şi editarea literaturii populare pe tema educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă.

9. Organizarea studierii, generalizării şi popularizării experienţei avansate, a formelor progresiste şi de o eficacitate înaltă în activitatea instituţiilor medicale în domeniul educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă.

10. Organizarea asigurării informaţionale în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă. Participarea la organizarea conferinţelor şi simpozioanelor în problemele nominalizate în teritoriul deservit.

11. Asigurarea, în modul stabilit, a întocmirii planurilor de lucru anuale, trimestriale ale Secţiei, a dării de seamă despre activitatea Secţiei şi prezentarea ei organelor ierarhic superioare.

12. Ridicarea permanentă a nivelului de calificare prin frecventarea cursurilor de perfecţionare, studierea literaturii de specialitate, a revistelor medicale şi altor surse, precum şi familiarizarea cu noi forme şi metode de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă aplicate în republică şi peste hotare.

III. DREPTURILE.

1. Înaintarea propunerilor conducerii Centrului de Medicină Preventivă ce ţin de optimizarea lucrului de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.
2. Înaintarea propunerilor către conducătorii instituţiilor sanitare teritoriale şi specialiştii Serviciului educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă privind problemele ameliorării activităţii acestora.
3. Culegerea şi analiza datelor statistice despre sănătatea populaţiei şi factorii care o formează, acumularea şi studierea materialelor de directivă, metodice şi de popularizare a cunoştinţelor medicale necesare pentru exercitarea obligaţiunilor funcţionale.
4. Înaintarea către conducerea centrului de Medicină Preventivă a unor propuneri vizând stimularea lucrătorilor Secţiei sau aplicarea unor sancţiuni disciplinare.
5. Sporirea permanentă a nivelului de calificare prin frecventarea cursurilor de perfecţionare, studierea literaturii de specialitate, a

revistelor medicale şi altor surse, precum şi familiarizarea cu noi forme şi metode propagandistice aplicate în republică şi peste hotare.

IV. RESPONSABILITATEA.

Şeful Secţiei poartă răspundere pentru:

1. Respectarea disciplinei de muncă, a Regulamentului de ordine interioară, a contractului colectiv de muncă, respectarea cerinţelor protecţiei muncii, securităţii tehnice şi antiincendiare, atmosferei morale şi psihologice în colectiv, pentru deteriorarea utilajului, valorilor materiale ale Secţiei.
2. Întocmirea, executarea şi prezentarea la timp a documentelor de serviciu.
3. Îndeplinirea calificată, calitativă şi la timp a măsurilor de plan, a indicaţiilor conducerii CMP.
4. Autenticitatea şi înlăturarea erorilor în materialele prezentate.
5. Întrebuinţarea abuzivă, incorectă şi incompletă a drepturilor (împuternicirilor) acordate.
6. Informaţia statistică şi de serviciu furnizată în exteriorul instituţiei, fără a coordona, în modul stabilit, cu conducerea instituţiei şi fără permisiunea ei.
7. Organizarea competentă şi la nivel profesionist înalt a activităţii Secţiei întru îndeplinirea sarcinilor de bază prevăzute de Regulamentul CMP şi Secţiei.

Anexa nr. 4
la ordinul Ministerului Sănătăţii
al Republicii Moldova nr.225 din 23.09. 1999

REGULAMENTUL
cu privire la activitatea medicului secţiei Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă a Centrului de Medicină Preventivă raional/municipal

I. DISPOZIŢII GENERALE.

1. Medicul secţiei Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă a Centrului de Medicină Preventivă raional/municipal (în continuare – Medicul) asigură realizarea măsurilor planificate privind utilizarea eficientă a mijloacelor şi forţelor în educarea pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă.

2. Funcţia de medic poate fi deţinută de un medic-specialist ce posedă cunoştinţe în domeniul educaţiei pentru sănătate, medicinei preventive, sociologiei, medicinei sociale, managementului sanitarial.

3. Medicul este numit sau destituit din funcţie de către directorul Centrului de Medicină Preventivă judeţean/municipal prin coordonare cu şeful secţiei Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă. În activitatea sa medicul se călăuzeşte de documentele legislative, normative şi directive în vigoare, de prezentul Regulament, de Regulamentul Centrului de Medicină Preventivă raional/municipal, Regulamentul secţiei Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, de dispoziţiile directorului Centrului de Medicină Preventivă raional/municipal şi ale şefului secţiei respective.

II. OBLIGAŢIUNILE.

1. Participarea la determinarea direcţiilor prioritare, elaborarea programelor teritoriale de educaţie pentru sănătate, a planurilor complexe, anuale şi trimestriale şi la realizarea măsurilor preconizate.

2. Elaborarea materialelor metodico-instructive şi informative în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă.

3. Participarea la organizarea şi realizarea măsurilor de ridicare a nivelului de calificare a lucrătorilor medicali din instituţiile sanitare teritoriale şi ai altor grupe de specialişti nemedicali în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă.

4. Colaborarea, organizarea şi acordarea ajutorului metodico-consultativ şi practic instituţiilor sanitare teritoriale, altor instituţii, organizaţii şi întreprinderi cointeresate în realizarea măsurilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

5. Aprecierea, de comun acord cu specialiştii principali din teritoriu, a eficacităţii activităţii instituţiilor medicale privind edu-caţia pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă în baza evaluării nivelului de cultură sanitară şi a analizei indicilor sănătăţii populaţii; elaborarea propunerilor de redresare, în caz de necesitate.

6. Studierea, generalizarea şi implementarea în activitatea instituţiilor sanitare a experienţei avansate în educaţia pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă.

7. Efectuarea controlului asupra activităţii instituţiilor sanitare privind educaţia pentru sănătatea şi promovarea modului sănătos de viaţă, folosirea raţională şi eficace a tuturor mijloacelor de educaţie pentru sănătate.

8. Participarea la elaborarea planurilor tematice privind organizarea expoziţiilor şi editarea literaturii vizând educaţia pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă.

9. Participarea la lucrările simpozioanelor, conferinţelor, consfătuirilor şi altor foruri ştiinţifice şi practice în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă.

10. Participarea la întocmirea dărilor de seamă şi la analiza indicilor activităţii instituţiilor Serviciului educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

11. Ridicarea permanentă a nivelului de calificare prin frecventarea cursurilor de perfecţionare, studierea literaturii de specialitate, a revistelor medicale şi altor surse, precum şi familiarizarea cu noi forme şi metode propagandistice aplicate în republică şi peste hotare.

12. Îndeplinirea indicaţiilor şi însărcinărilor şefului Secţiei educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

13. Respectarea Regulamentului de ordine interioară pentru lucrătorii Centrului de Medicină Preventivă judeţean/municipal şi a obligaţiunilor funcţionale.

14. Participarea nemijlocită la realizarea măsurilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

III. DREPTURILE.

1. A înainta spre examinare şefului secţiei, conducerii Centrului de Medicină Preventivă judeţean/municipal propuneri ce ţin de perfecţionarea educaţiei pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă.

2. A înainta propuneri către conducătorii instituţiilor sanitare şi specialiştii Serviciului Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă privind perfecţionarea activităţii respective.

3. Colectarea datelor statistice, acumularea materialelor directive, metodice şi de popularizare a cunoştinţelor medicale necesare în procesul exercitării obligaţiunilor funcţionale.

4. Ridicarea permanentă a nivelului de calificare prin frecventarea cursurilor de perfecţionare, studierea literaturii de specialitate, a revistelor medicale şi a altor surse, precum şi familia-

rizarea cu noi forme şi metode propagandistice aplicate în republică şi peste hotare.

IV. RESPONSABILITATEA.

Medicul poartă răspundere pentru:

1. Respectarea disciplinei de muncă, îndeplinirea Regulamentului de ordine interioară, cerinţelor protecţiei muncii, securităţii tehnice şi antiincendiare la locul de muncă, deteriorarea inventarului şi a valorilor materiale din secţie.
2. Îndeplinirea calificată şi calitativă a obligaţiunilor stabilite în prezentul Regulament şi executarea ordinelor, respectarea documentelor directive şi indicaţiilor conducerii instituţiei respective.
3. Autenticitatea şi prezentarea oportună a materialelor şi documentelor de uz intern.
4. Întrebuinţarea abuzivă, incorectă şi incompletă a drepturilor de funcţie.
5. Informaţia statistică şi de serviciu furnizată în exteriorul instituţiei fără a coordona, în mod stabilit, cu conducerea instituţiei şi fără permisiunea ei.

Anexa nr. 5
la ordinul Ministerului Sănătăţii
al Republicii Moldova nr. 225 din 23.09 1999

REGULAMENTUL
cu privire la activitatea asistentului medicului de educaţie pentru sănătate al Centrului de Medicină Preventivă

I. DISPOZIŢII GENERALE.

1. Asistentul medicului de educaţie pentru sănătate (în continuare – Asistentul medicului) trebuie să aibă studii medicale medii şi să se orienteze în problemele sociale şi medico-igienice, precum şi în alte probleme ale ocrotirii sănătăţii la nivelul profesional necesar pentru un lucrător medical cu studii medii speciale.

2. Asistentul medicului este numit sau destituit din funcţie de către directorul Centrului de Medicină Preventivă la propunerea şefului secţiei Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

3. Asistentul medicului activează sub conducerea şefului şi medicilor secţiei.

II. OBLIGAŢIUNILE.

1. Participarea la selectarea şi completarea mapelor cu materiale metodico-instructive şi informative pe diferite aspecte ale educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă.

2. Participarea la pregătirea şi prelucrarea materialelor statistice în ajutorul medicilor în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă.

3. Participarea la organizarea expoziţiilor tematice şi a concursurilor de trecere în revistă a mijloacelor de educaţie pentru sănătate.

4. Alcătuirea materialelor de arhivă a secţiei Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă şi transmiterea lor, în ordinea stabilită, arhivei Centrului de Medicină Preventivă.

5. Recepţionarea şi înregistrarea corespondenţei de intrare-ieşire în secţie.

6. Amenajarea interiorului secţiei Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, acumularea materialelor metodico-instructive şi informative, a literaturii medico-igienice şi altor materiale.

7. Evidenţa activităţii secţiei în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă.

8. Participarea la alcătuirea dispoziţiilor privind livrarea materialelor metodico-instructive şi informative şi a literaturii pe tema educaţiei pentru sănătate organelor şi instituţiilor interesate.

9. Respectarea Regulamentului de ordine interioară pentru lucrătorii Centrului de Medicină Preventivă şi a obligaţiunilor funcţionale ale asistentului medicului de educaţie pentru sănătate,

10. Ridicarea permanentă a nivelului de calificare prin frecventarea cursurilor de perfecţionare, studierea literaturii de specialitate, revistelor medicale şi altor surse, precum şi familiarizarea cu noi forme şi metode de activitate aplicate în republică şi peste hotare.

11. Îndeplinirea indicaţiilor administraţiei CMP şi ale şefului de secţie.

III. DREPTURILE.

1. Colectarea datelor statistice, acumularea materialelor directive, metodice şi de popularizare a cunoştinţelor medicale pentru exercitarea obligaţiunilor funcţionale.
2. Controlul asupra îndeplinirii planului de lucru în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă în instituţiile preşcolare şi preuniversitare etc.
3. Participarea la conferinţe ştiinţifico-practice, simpozioane în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă.
4. Ridicarea permanentă a nivelului de calificare profesională.

IV. RESPONSABILITATEA.

Asistentul medicului poartă răspundere pentru:

1. Respectarea disciplinei de muncă, a Regulamentului de ordine interioară, a cerinţelor protecţiei muncii, securităţii tehnice şi antiinccndiare la locul de muncă, răspunderea pentru deteriorarea inventarului şi a valorilor materiale.
2. îndeplinirea calificată şi calitativă a obligaţiunilor stabilite de prezentul Regulament şi prevăzute în documentele directive şi indicaţiile conducerii instituţiei respective.
3. Autenticitatea şi prezentarea oportună a materialelor.
4. Informaţia statistică şi de serviciu furnizată în exteriorul instituţiei fără a coordona, în modul stabilit, cu conducerea instituţiei şi fără permisiunea ei.

Anexa nr.6
la ordinul Ministerului Sănătății
al Republicii Moldova nr.225 din 23.09 1999

REGULAMENTUL
despre Cabinetul de educație pentru sănătate *şi* promovare a modului sănătos de viață a Filialei teritoriale a Centrului de Medicină Preventivă raional (FCMPJ)

I. DISPOZIȚII GENERALE.

1. Cabinetul de educație pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viață (în continuare Cabinetul) al Filialei teritoriale a Centrului de Medicină Preventivă raional (în continuare – Filiala) este o structură funcțională şi se află în subordinea Medicului-şef al Filialei. Cabinetul îşi desfăşoară activitatea în colaborare cu instituțiile sanitare teritoriale şi alte organizații, instituții şi întreprinderi.

2. Cabinetul are menirea de a organiza şi coordona activitatea de educație pentru sănătate a organelor şi instituțiilor sanitare şi a altor organizații teritoriale, în scopul prevenirii maladiilor, fortificării şi ameliorării sănătății populației.

3. În activitatea sa Cabinetul se călăuzeşte de Constituția Republicii Moldova, Legea ocrotirii sănătății, Legea privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populației şi alte Legi, Regulamentul privind supravegherea sanitaro-epidemiologică de stat în Republica Moldova, actele normative ale Ministerului Sănătății, hotărârile medicului-şef sanitar de stat al județului etc. şi de prezentul regulament.

II. SARCINILE DE BAZA.

1. Determinarea direcţiilor prioritare în educaţia pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă, bazate pe analiza indicilor morbidităţii populaţiei din teritoriul deservit, pe datele demografice şi situaţia sanitaro-epidemiologică.
2. Coordonarea activităţii organelor şi instituţiilor sanitare, învăţământului, culturii şi altor organizaţii şi instituţii teritoriale în problemele profilaxiei maladiilor şi promovării modului sănătos de viaţă.
3. Elaborarea măsurilor profilactice şi a recomandărilor practice privind corectarea comportării diferitelor grupe ale populaţiei în scopul promovării sănătăţii.

III. FUNCŢIILE DE BAZĂ.

În corespundere cu sarcinile de bază, Cabinetul desfăşoară activitatea organizatorico-metodică, instructivă, de propagare, consultativă, care constă în următoarele:

1. studierea şi generalizarea unor noi forme şi metode de activitate a instituţiilor sanitare în domeniul profilaxiei maladiilor, asanării populaţiei, consolidării şi promovării conceptelor modului sănătos de viaţă.
2. participarea la elaborarea programelor judeţene / municipale de Educaţie pentru sănătate, organizarea şi participarea la elaborarea Programelor locale privind problemele ocrotirii sănătăţii, profilaxia bolilor şi traumatismului.
3. dirijarea organizatorico-metodică şi informaţională a activităţii instituţiilor sanitare, acordarea ajutorului consultativ şi practic în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.
4. organizarea şi desfăşurarea pe teritoriul deservit a acţiunilor de profilaxie primară şi secundară a maladiilor, acordarea ajutorului instituţiilor nemedicale şi agenţilor economici în realizarea acestor acţiuni.

5. Acordarea ajutorului organizatorico-metodic şi consultativ instituţiilor sănătăţii teritoriale şi specialiştilor din reţeaua medicinei generale în problemele respective.

6. Participarea la pregătirea cadrelor medicale, pedagogilor, altor specialişti privind metodica generală şi particulară de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

7. Contribuirea prin intermediul mijloacelor de informare în masă la familiarizarea populaţiei cu problemele ocrotirii sănătăţii, situaţiei sanitaro-epidemiologice, pofilaxiei maladiilor şi traumatismului.

8. Pregătirea şi editarea pentru specialiştii în domeniu şi pentru populaţie a materialelor metodice, a literaturii cu tema educaţiei pentru sănătate, publicaţiilor privind aspectele profilaxiei maladiilor, traumatismului şi promovarea modului sănătos de viaţă.

9. Conlucrarea activităţii cu mijloacele de informare în masă locale (televiziunea, radioul, presa) în educaţia pentru sănătate a populaţiei şi promovarea modului sănătos de viaţă, informarea populaţiei privind situaţia în ocrotirea sănătăţii şi cea sanitaro-epidemiologică în teritoriu şi ţară.

IV. STRUCTURA Şl STATELE.

1. Cabinetul este condus de felcerul de educaţie pentru sănătate, care este numit sau destituit din funcţie de către medicul-şef al Centrului de Medicină Preventivă raional/municipal la propunerea medicului şef al secţiei.

2. Statele Cabinetului sunt aprobate de medicul-şef al CMPIJM, conform normativelor stabilite de Ministerul Sănătăţii.

Anexa nr.7
la ordinul Ministerului Sănătăţii
al Republicii Moldova nr. 225 din 23.09 1999

REGULAMENTUL
cu privire la Cabinetul de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă din instituţiile sanitare

I. DISPOZIŢII GENERALE.

1. Cabinetul de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă din instituţiile sanitare (în continuare – Cabinetul) este o subdiviziune structurală a instituţiei sanitare şi funcţionează în vederea obţinerii unor rezultate optime în educaţia pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

2. Cabinetul organizează, dirijează activitatea de educaţie pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă a subdiviziunilor şi lucrătorilor medicali ai instituţiei sanitare, în scopul ridicării culturii sanitare, realizării măsurilor de asanare în prevenirea maladiilor, fortificarea şi ameliorarea sănătăţii populaţiei.

3. În fruntea Cabinetului se află:

- ❖ în spitalele de 300 şi mai mult paturi – medicul de educaţie pentru sănătate;
- ❖ în alte instituţii sanitare – felcerul (asistentul medicului) de educaţie pentru sănătate.

4. Cabinetul îşi desfăşoară activitatea în corespundere cu prezentul Regulament şi Regulamentul instituţiei sanitare respective şi activează sub egida secţiei educaţie pentru sănătate a Centrului de Medicină Preventivă judeţean/municipal.

II. SARCINILE ŞI FUNCŢIILE DE BAZĂ.

1. Planificarea activităţii de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă a instituţiei prin antrenarea în această activitate a tuturor lucrătorilor medicali, precum şi a priorităţilor educaţiei pentru sănătate, ţinându-se cont de analiza indicilor morbidităţii, datele demografice, circumstanţele ecologice şi sanitaro-epidemiologice.

2. Coordonarea şi dirijarea activităţii subdiviziunilor şi a lucrătorilor medicali ai instituţiei în problemele educaţiei pentru sănătate pe profil.

3. Organizarea şi participarea la elaborarea documentelor instructiv-metodice, programelor complexe şi speciale ale instituţiei, ce ţin de educaţia pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă.

4. Studierea şi generalizarea noilor forme şi metode de activitate a lucrătorilor medicali în domeniul profilaxiei maladiilor, asanării populaţiei, promovării modului sănătos de viaţă.

5. Organizarea şi desfăşurarea în cadrul instituţiei sanitare a măsurilor de educaţie pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă.

6. Acordarea ajutorului organizatorico-metodic şi consultativ specialiştilor instituţiei pe problemele nominalizate.

7. Participarea la pregătirea cadrelor medicale în problemele de educaţie pentru sănătate.

8. Studierea nivelului şi dinamicii culturii sanitare a populaţiei.

9. Studierea, generalizarea şi implementarea experienţei avansate, a noilor forme şi metode eficiente de educaţie pentru sănătate.

10. Elaborarea pentru specialişti şi populaţie a articolelor pentru mass-media, a materialelor metodice şi informative privind educaţia pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă.

11. Asigurarea, în modul stabilit, a întocmirii planurilor de lucru anuale, trimestriale ale instituţiei, a dărilor de seamă despre activitatea de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

12. Conlucrarea activă cu mijloacele de informare în masă (televiziunea, radioul, presa) în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă, în scopul ridicării nivelului de cunoştinţe ale populaţiei în domeniul sanogenezei, protecţiei mediului, igienei individuale, igienei alimentaţiei, prevenirii îmbolnăvirilor; evitarea abuzului de medicamente şi alcool, abandonarea drogurilor; cunoaşterea şi depistarea precoce a principalelor semne de boală şi acordare a primului ajutor; crearea unei atitudini active faţă de sănătatea individuală şi colectivă; informarea despre situaţia sanitaro-epidemiologică din teritoriu.

III. STRUCTURA ŞI STATELE.

1. Cabinetul este condus de medicul (felcerul) de educaţie pentru sănătate, care este numit sau destituit din funcţie de către medicul-şef al instituţiei respective.
2. Statele Cabinetului sunt aprobate de medicul-şef al instituţiei respective, conform normativelor în vigoare.
3. Medicul (felcerul) Cabinetului organizează şi dirijează activitatea de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă în conformitate cu legislaţia în vigoare, actele normative şi directive ale Ministerului Sănătăţii, Regulamentul instituţiei sanitare respective şi prezentul Regulament

Anexa nr.8
la ordinul Ministerului Sănătății
al Republicii Moldova nr. 225 din 23.09 1999

REGULAMENTUL
Cu privire la "Cabinetul copilului sănătos"

l. DISPOZIȚII GENERALE

1. Cabinetul copilului sănătos este o subdiviziune structurală a Centrului medicului de familie şi a Centrului de Sănătate şi funcționează în vederea unor rezultate optime în lucrul profilactic cu copiii mici în educația pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viață.
2. În Cabinetul copilului sănătos activează un felcer şi o asistentă medicală cu pregătire specială în lucrul profilactic cu copiii şi în lucrul de educație pentru sănătate a populației şi promovare a modului sănătos de viață.
3. Activitatea Cabinetului copilului sănătos este dirijată de şeful Secției Pediatrie sau de un medic pediatru.
4. Cabinetul copilului sănătos îşi desfăşoară activitatea în corespundere cu prezentul Regulament şi Regulamentul instituției sanitare respective şi activează sub egida Secției Educație pentru sănătate a Centrului de Medicină Preventivă județean/municipal.

II. SARCINILE ŞI FUNCȚIILE DE BAZĂ.

1. Planificarea activității Cabinetului copilului sănătos şi antrenarea în această activitate a tuturor lucrătorilor medicali ai instituției sanitare.

2. Organizarea instruirii părinţilor vizând regulile de bază în educaţia copilului sănătos (regimul de viaţă, regimul alimentar, educaţia fizică, călirea organismului, îngrijirea etc.); educaţia pentru sănătate a părinţilor în problemele profilaxiei îmbolnăvirilor şi a devierilor de la dezvoltarea normală a copilului, igiena personală, promovarea sănătăţii.

3. Organizarea lucrului profilactic vizând profilaxia rahitismului, repartizarea vitaminei "D", iradierea copiilor cu raze ultraviolete etc.

4. Organizarea, în comun cu medicul şi sora medicală de circumscripţie, a pregătirii copiilor pentru frecventarea instituţiilor preşcolare.

5. Acordarea ajutorului organizatorico-metodic medicilor pediatri de circumscripţie la organizarea în Cabinetul copilului sănătos a prelegerilor pentru tinerii părinţi.

6. Participarea la pregătirea cadrelor medicale ale instituţiei în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă.

7. Participarea nemijlocită la instruirea părinţilor privind: îngrijirea copiilor, regimul zilei, mesajul, gimnastica, procedurile de călire a organismului, pregătirea alimentaţiei, trecerea copilului de la alimentaţia naturală la alimentaţia mixtă etc.

8. Conlucrarea activă a Cabinetului copilului sănătos cu Secţia educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă a CMP raional/municipal.

9. Conlucrarea activă cu mijloacele de informare în masă (televiziunea, radioul, presa) în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovării modului sănătos de viaţă.

10. Organizarea şi efectuarea convorbirilor în grup şi individuale cu anumite grupuri de persoane în problemele promovării modului sănătos de viaţă.

11. Organizarea expoziţiilor tematice, concursurilor de trecere în revistă a materialelor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă.

12. Evidenţa activităţii Cabinetului copilului sănătos, selectarea şi acumularea materialelor informative, metodice, didactice, demonstrative în problemele de dezvoltare şi educaţie a copilului sănătos, dintre care, în mod obligatoriu, următoarele:

12.1. Tabelul diferitelor regimuri de vârstă.

12.2. Tabelul - schemă a alimentaţiei naturale şi artificiale a co-piilor mici până la un an.

12.3. Expoziţie vizând alimentaţia sugarului şi a copilului mic.

12.4. Tabelul de indici ai dezvoltării fizice şi neuropsihice a co-piilor mici.

12.5. Panouri cu complexe de masaj şi de gimnastică, de exer-ciţii fizice pentru copii mici.

12.6. Panouri cu scheme de călire a copiilor.

12.7. Expoziţii ale obiectelor de îngrijire a copiilor, de igienă personală, de îmbrăcăminte, jucării pentru copii de diferite vârste.

12.8. Schema profilaxiei specifice şi nespecifice a rahitismului.

12.9. Panouri de pregătire a copilului pentru frecventarea insti-tuţiei preşcolare.

12.10. Set de recomandări metodice ale Ministerului Sănătăţii vizând principalele probleme în lucrul profilactic cu copiii sănătoşi.

a. STRUCTURA ŞI STATELE.

1. Cabinetul este condus de felcerul de educaţie pentru sănătate, care este numit sau destituit din funcţie de către medicul-şef al instituţiei respective.

2. Statele Cabinetului copilului sănătos sunt aprobate de medicul şef al instituţiei respective, conform normativelor în vigoare.

3. Felcerul Cabinetului copilului sănătos organizează şi dirijează activitatea de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă, în conformitate cu legislaţia în vigoare, actele normative şi directive ale Ministerului Sănătăţii, Regulamentul instituţiei sanitare respective şi prezentul Regulament.

Anexa nr. 9
la ordinul Ministerului Sănătăţii
al Republicii Moldova nr. 225 din 23.09.1999

NORMATIVELE
aproximative de calculare a timpului pentru înfăptuirea măsurilor de educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă pentru lucrătorii medicali

Forma de activitate (lecţie, convorbire, serată de întrebări şi răspunsuri, serată tematică, informaţie radio, emisiune televizată, distribuirea literaturii etc.).	Timpul cheltuit
1. Lecţia ţinută în casele de cultură, cluburi, întreprinderi, organizaţii, instituţii de învăţământ mediu şi superior etc.	2 ore
2. Discursuri la conferinţele pedagogice în problemele educaţiei pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă.	2 ore
3. Lecţia ţinută în cadrul instituţiilor medicale.	1 oră
4. Pregătirea (din însărcinarea secţiei Educaţie pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă) textului lecţiei pentru multiplicare.	3 ore
5. Convorbirea în grup, întreţinută în afara instituţiei medicale.	1 oră
6. Convorbirea în grup, întreţinută în cadrul instituţiilor medicale.	30 min
7. Participarea la convorbirea în grup (pentru fiecare participant).	1 oră

8. Participarea la organizarea unei serate de întrebări şi răspunsuri (pentru fiecare participant)	2 ore
9. Participarea la organizarea unei serate tematice (pentru fiecare participant)	2 ore 2 ore
10. Participarea la şedinţa grupului de lectori.	2 ore
11. Audienţa profilactică a unui grup omogen de bolnavi în cadrul policlinicii.	2 ore
12. Recenzarea lecţiei, seratei de întrebări şi răspunsuri, seratei tematice etc.	
13. Pregătirea auditoriului şi mijloacelor tehnice şi luarea unor măsuri organizatorice pentru desfăşurarea unei lecţii, organizarea seratei de întrebări şi răspunsuri, seratei tematice etc.	1 oră 30 min
14. Participarea la conferinţele cu cititorii pe marginea materialelor publicate în revistele "Societate. Om. Sănătate.", "Sănătatea", 'Mediţinscaia gazeta" etc.	2 ore
15. Ţinerea unei prelegeri la Universitatea populară de cunoştinţe medicale şi igienice, la diferite "Şcoli ale sănătăţii", la lectoriul cinema etc.	2 ore 2 ore 3 ore
16. Darea de seamă a medicului de sector în faţa populaţiei circumscripţiei respective.	3 ore
17. Pregătirea materialelor pentru buletinul sanitar. 18. Pregătirea materialelor pentru ziarul sanitar.	30 min.
19. Pregătirea unui răspuns competent, adecvat pentru panoul de întrebări şi răspunsuri.	2 ore 1 oră
20. Pregătirea materialelor pentru "Ungheraşul sănătăţii" de tip nou.	1 oră 2 ore
21. Reînnoirea periodică a "Ungheraşului sănătăţii".	2 ore
22. Amenajarea vitrinei sanitare.	
23. Pregătirea materialelor pentru publicare în presă.	1 oră
24. Pregătirea materialelor şi difuzarea lor prin radio.	2 ore
25. Pregătirea materialelor pentru înregistrare pe banda magnetofonică.	1 oră
26. Pregătirea materialelor şi discursilor Ia televiziune.	1 oră
27. Discursul la cinematograf, înainte de demonstrarea filmului.	30 min.
28. Demonstrarea unui diafilm.	4 ore
29. Pregătirea şedinţei lectoriului de cinema (clubului).	
30. Pregătirea materialelor şi organizarea unei expoziţii te-	

matice.	2 ore
31. Prelegeri vizând instruirea igienică a femeilor gravide, mamelor cu copii până la l an, a tinerilor însurăţei şi altor grupuri ale populaţiei, conform programelor stabilite (pentru fiecare prelegere).	4 ore 2 ore
32. Pregătirea olimpiadelor, sărbătorilor sănătăţii, victorinelor etc. în cadrul şcolii de cultură generală.	
33. Participarea la Consiliul pedagogic.	2 ore
34. Participarea şi luarea de cuvânt la seminare, consfătuiri cu lucrătorii medicali, pedagogii, lucrătorii din alte ramuri ale economiei naţionale privind educaţia pentru sănătate şi promovarea modului sănătos de viaţă.	2 ore 2 ore
35. Pregătirea materialelor pentru editarea unei agende	
36. Vizitarea muzeului "Sănătatea şi istoria medicinei".	

HOTĂRÂREA GUVERNULUI REPUBLICII MOLDOVA

Privind aprobarea Concepţiei organizării şi funcţionării monitoringului socio-igienic în Republica Moldova şi Regulamentului privind monitoringul socio-igienic în Republica Moldova

Nr. 717 din 7.06.2002
(Monitorul Oficial al R.Moldova nr. 75 din 13.06.2002)

În scopul promovării politicii statului în sfera socială, prin recunoaşterea necesităţii de ameliorare şi fortificare a sănătăţii populaţiei şi a stării sanitaro-epidemiologice ca unul din pilonii primordiali în renaşterea economiei şi asigurarea securităţii naţionale a tarii, Guvernul Republicii Moldova HOTARĂŞTE:

4. Se aprobă:

Concepţia organizării şi funcţionării monitoringului socio-igienic în Republica Moldova, conform anexei nr.1;

Regulamentul privind monitoringul socio-igienic în Republica Moldova, conform anexei nr.2.

2. Concepţia organizării şi funcţionarii monitoringului socio-igienic în Republica Moldova şi Regulamentul monitoringului socio-igienic în Republica Moldova se consideră drept bază de interacţiune şi conlucrare a ministerelor şi departamentelor pentru crearea sistemului statal de evidenţă, analiză şi supraveghere a stării de sănătate a populaţiei, calitatea mediului de viaţă, ocupaţional, de instruire etc., fiind orientate spre pronosticarea şi argumentarea ştiinţifică a activităţilor întreprinse de Guvern şi autorităţile publice locale în fortificarea sănătăţii populaţiei.

3. Ministerul Sănătăţii va crea reţeaua de monitoring socio-igienic şi va asigura suportul metodologic, coordonarea şi controlul funcţionarii monitoringului în Republica Moldova.

PRIM-MINISTRU
AL REPUBLICII MOLDOVA **Vasile TARLEV**

Contrasemnată:
Ministrul Sănătăţii **Andrei GHERMAN**

Chişinău, 7 iunie 2002.
nr. 717.

Anexa nr. 1
la Hotărârea Guvernului
Republicii Moldova nr. 717 din 7 iunie 2002

CONCEPŢIA
organizării şi funcţionării monitoringului socio-igienic în Republica Moldova

I. SUPORTUL JURIDIC ŞI METODIC AL MONITORINGULUI SOCIO-IGIENIC

1. Elaborarea Concepţiei organizării şi funcţionării monitoringului socio-igienic în Republica Moldova (în continuare – Concepţia) este dictată de starea precară a sănătăţii omului în relaţie cu calitatea factorilor mediului ambiant, mediului ocupaţional, educaţional etc. şi se încadrează în prevederile Legii Republicii Moldova nr. 1513–XII din 16 iunie 1993 privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populaţiei, în hotărârile Guvernului Republicii Moldova nr. 487 din 19 iunie 2001 "Privind aprobarea Planului naţional de acţiuni pentru sănătate în relaţie cu mediul" şi nr. 854 din 16 august 2001 "Cu privire la măsurile de realizare a Programului de activitate a Guvernului Republicii Moldova pe anii 2001–

2005 "Renaşterea Economiei – Renaşterea ţării" şi altor acte-directive ale Guvernului. Prezenta Concepţie este racordată la cadrul politic al Regionalei Europene a Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii (OMS) "Sănătatea XXI – sănătate pentru toţi".

Recomandările Centrului European pentru Sănătate în Relaţie cu Mediul al Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii au servit drept suport metodic la elaborarea prezentei Concepţii.

2. Prezenta Concepţie conţine argumentări privind necesitatea mobilizării şi integrării eforturilor statului orientate spre stoparea declinului stării de sănătate a populaţiei, ameliorarea indicilor de sănătate a ei în baza implementării largi a mecanismelor de prevenire a influentei nocive a factorilor de risc asupra Sănătăţii. Principiile expuse în prezenta Concepţie reprezintă o continuitate în armonizarea şi racordarea activităţilor de ocrotire a Sănătăţii la standardele internaţionale, aplicând forme şi metode contemporane în acest domeniu.

3. Starea sanitaro-epidemiologică a populaţiei, drept component indispensabil al stării Sănătăţii publice, determinată de nivelul sporit al mortalităţii şi morbidităţii generale a populaţiei, rămâne a fi instabilă şi nefavorabilă. Dintre factorii care destabilizează starea Sănătăţii populaţiei pot fi menţionaţi:

❖particularităţile biogeochimice ale ţării, exprimate prin deficienţele unor microelemente în factorii de mediu (iod, seleniu etc.) şi excesul altora (fluor);

❖calitatea apei potabile şi deficienţele în aprovizionarea popu-laţiei cu apă potabilă de calitate şi în volumul necesar; înrăutăţirea condiţiilor igienice de muncă a angajaţilor;

❖posibilităţile limitate ale populaţiei de a se asigura cu produse alimentare în sortiment necesar şi calitate garantată;

❖ nivelul redus de cunoştinţe în problema ocrotirii şi conservării Sănătăţii din partea unui număr impunător de populaţie;

❖ activităţile insuficiente ale autorităţilor publice centrale şi locale în domeniul organizării activităţilor de prevenţie etc.

Toate aceste fenomene, în condiţiile unor activităţi insuficiente de combatere şi prevenire a stărilor morbide generate de ele,

compromit sănătatea populației, plasând țara pe ultimele locuri în Europa, conform indicilor de sănătate.

Majoritatea factorilor şi activităților, care determină starea Sănătății populației, nu țin de posibilitățile şi competența serviciului medical, iar necesitatea obținerii unor informații despre caracteristica acestor factori presupune integrarea eforturilor sociale (ministerelor, departamentelor, organizațiilor etc.) pentru stabilirea cauzelor şi elaborarea acțiunilor integrate de reducere a impactului negativ şi prevenirea influenței nocive asupra Sănătății umane.

II. MENIREA ŞI OBIECTIVUL PRINCIPAL AL MONITORINGULUI SOCIO-IGIENIC ÎN REPUBLICA MOLDOVA

4. Necesitatea monitorizării aspectelor socio-igienice ale existenței umane porneşte de la faptul că sănătatea este un produs multidimensional. Ea depinde de mai multe componente de proporție şi anume: de particularitățile biologice ale organismului (moştenirea genetică, sistemele enzimatice etc.), de ambianța ecologică (factorii nefavorabili de origine chimică şi fizică din mediu şi de la locul de muncă), socială şi economică, de comportamentul individual (obiceiuri, alimentare, consum etc.), precum şi de calitatea asistenței medicale (preventive, curative, recuperare).

Din aceste considerente, sănătatea umană în mare măsură este rezultatul interrelațiilor organismului (cu particularitățile sale biologice), cu mediul înconjurător (inclusiv cel ocupational) şi factorii determinați de modul de trai şi comportament. Cercetările efectuate în mai multe țări au dovedit destul de argumentat că majoritatea stărilor morbide cronice, cel puțin la vârsta aptă de muncă, sunt consecințe ale impactului factorilor de risc asupra organismului, prin urmare, sunt potențial prevenibile, îndeosebi, la etapa incipientă.

5. Pentru a realiza conceptul de profilaxie, societatea are nevoie de mecanisme eficiente, care ar permite de a dezvălui, de a face cunoscute subtilitățile fenomenului destrămării Sănătății la

nivel de grupuri mari de populaţie, colectivităţi. Unul din cele mai eficiente mecanisme la etapa actuală este monitorizarea condiţiilor de existenţă a omului sau, la concret, supravegherea sistematică a stării Sănătăţii populaţiei în corelaţie cu componentele de mediu (apă, aer, sol), operativitatea prezentării informaţiei furnizate beneficiarilor, compatibilitatea informaţiei furnizate de diferite surse incluse în realizarea monitoringului.

6. Monitoringul socio-igienic (în continuare – monitoring) prezintă un sistem statal, vast şi complex de măsuri legislative organizatorice, medico-sociale şi ştiinţifico-tehnice, care au drept scop de a asigura supravegherea bunăstării sanitaro-epidemiologice a populaţiei şi calitatea mediului habitual, analiza, estimarea şi pronosticarea indicilor care le caracterizează, de a determina interrelaţiile cauză-efect pentru elaborarea măsurilor orientate spre prevenirea, eliminarea sau reducerea impactului factorilor nocivi de mediu asupra Sănătăţii, administrarea datelor investigaţiilor privind calitatea factorilor de mediu şi sănătate, elaborarea prognozelor.

7. Determinarea impactului factorilor nocivi asupra Sănătăţii se efectuează prin estimarea riscului, care include identificarea şi dimensionarea personalului, evaluarea expunerii, caracterizarea riscului şi estimarea propriu-zisă a riscului.

8. Monitoringul este un sistem de măsuri efectuat de către stat, care se va baza pe legislaţia Republicii Moldova;

❖ suportul metodic ştiinţific argumentat sub formă de indicaţii şi recomandări metodice aprobate de Ministerul Sănătăţii.

III. PRINCIPIILE FUNCŢIONĂRII MONITORINGULUI SOCIO-IGIENIC

9. Funcţionarea monitoringului socio-igienic se va efectua în baza respectării următoarelor principii:

⌑ caracterul multilateral, complex şi integrat al sistemului de monitorizare;

⌑ continuitatea acumulării informaţiei în fiecare domeniu inclus in sistem;

¤ veridicitatea informaţiei utilizate;
¤ conformarea monitoringului acordurilor şi recomandărilor internaţionale.

10. La selectarea părţilor componente şi procedeelor utilizate se va ţine cont de necesitatea organică de respectare a următoarelor cerinţe:
¤ simplitatea, prin care se înţelege uşurinţa utilizării atât a sistemului în întregime, cât şi a subsistemelor, componentelor ei;
¤ flexibilitatea sau posibilitatea de a acomoda sistemul la necesităţile sau condiţiile cerute, care prevăd cheltuieli minime de timp, forţe umane şi resurse materiale;
¤ sensibilitatea sau posibilitatea sistemului de a depista acele fenomene, pentru care şi este creat;
¤ reprezentativitatea sau exactitatea reflectării de către sistem a fenomenului în spaţiu, timp şi volum;
¤ acceptabilitatea, care reflectă predispunerea şi dorinţa participanţilor (instituţiilor, organizaţiilor, persoanelor fizice) de a conlucra în cadrul sistemului;
¤ oportunitatea, prin care se înţelege prezenţa datelor la momentul luării deciziilor.

11. Corelaţiile cauză-efect între starea de sănătate a populaţiei şi factorii care o influenţează vor fi determinate în baza cercetărilor şi investigaţiilor de laborator (ca metode şi instrumente obiective de evaluare), rezultatelor activităţilor cotidiene şi celor mai avansate metode statistice şi de repartizare spaţială a fenomenelor.

IV. SARCINILE MONITORINGULUI SOCIO-IGIENIC

12. Realizarea monitoringului socio-igienic va permite de a rezolva următoarele probleme:
¤ formarea şi utilizarea unui fond de resurse informaţionale (sistemului, reţelei, produselor, bazelor de date) necesare în calitate de suport informaţional la luarea deciziilor în această problemă;

- selectarea, examinarea, caracterizarea obiectivelor şi factorilor care afectează mediul etc.;
- determinarea fiecărei sarcini concrete, care urmează a fi rezolvată în procesul de monitorizare;
- utilizarea prioritară şi maximă a fondului deja existent de date în scopul determinat de necesităţile monitoringului;
- verificarea periodică a calităţii datelor acumulate şi interpretarea lor numai după verificarea specială a informaţiei de către experţi (efectuarea auditului).

13. În procesul de funcţionare a monitoringului vor fi efectuate modificări dictate de situaţia la moment şi realizările ştiinţei şi tehnicii de ultimă oră.

14. Realizarea monitorigului se va efectua în mod sistematic, insistent, la etapa iniţială utilizându-se indicatorii verificaţi şi reco-mandaţi de OMS. Extinderea listei de indicatori se va efectua în baza unui procedeu special, care va determina în prealabil valoarea fiecărui indicator nou-propus, veridicitatea informaţiei pe care o prezintă şi posibilităţile aplicării lui.

15. La determinarea problemelor prioritare pentru sănătate se vor lua în considerare acele stări morbide, care:
- sunt determinate de substanţele toxice, la care este expusă populaţia din teritoriul respectiv;
- prezintă pericol pentru grupuri mari de populaţie;
- pot fi supravegheate şi dimensionate;
- servesc în calitate de indicatori precoci ai unor stări mai serioase de sănătate;
- sunt patologii de semnificaţie sporită socială, politică şi economică;
- necesită cercetări mai profunde (prezintă valoare ştiinţifică);
- prezintă cauze de nelinişte a societăţii.

16. Informaţia va fi acumulată şi stocată în baza de date, care la etapa iniţială poate fi de trei feluri:
- informaţia privind starea de sănătate, dependentă sau influenţată de calitatea inferioară a factorilor de mediu sau de alţi factori de risc;

¤ informaţia privind factorii de risc, inclusiv factorii sociali, calitatea factorilor de mediu; informaţia privind nivelul de expunere a populaţiei la factorii de risc.

17. La solicitare (cu indicarea scopului şi domeniului de utili-zare), baza de date va fi accesibilă în mod gratuit pentru toate ins-tituţiile şi organizaţiile participante la colectarea datelor.

Anexa nr. 2
la Hotărârea Guvernului
Republicii Moldova nr. 717 din 7 iunie 2002

REGULAMENTUL
privind monitoringul socio-igienic în Republica Moldova

I. DISPOZIŢII GENERALE.

1. Prezentul Regulament stabileşte scopul, obiectivele şi modalitatea de efectuare a monitoringului socio-igienic şi de creare a fondului informaţional de date în acest domeniu.

2. Monitoringul socio-igienic (în continuare – monitoring) este un sistem de măsuri organizaţionale, medico-sociale şi ştiinţifico-tehnice, care asigură supravegherea bunăstării sanitaro-epidemiologice a populaţiei şi calitatea mediului habitual al omului, precum şi analiza, estimarea şi pronosticarea indicilor care le caracterizează, determină interrelaţiile cauză-efect pentru elaborarea măsurilor orientate spre prevenirea, eliminarea sau reducerea impactului factorilor nocivi de mediu asupra Sănătăţii.

3. Monitoringul se efectuează la nivel local, inclusiv municipal şi naţional, în baza actelor normative legale, precum şi a norme-lor, regulamentelor şi recomandărilor igienice, regulamentelor an-tiepidemice.

4. Fondul informaţional de date al monitoringului prezintă o bază de date ce include indici de sănătate a populaţiei, indici socio-economici şi de calitate a mediului înconjurător şi ocupaţional, acumulaţi continuu de diverse structuri statale pe o perioadă îndelungată, multianuală, precum şi totalitatea actelor normative legale, materialelor informative în domeniul analizei, pronosticării şi determinării relaţiilor cauză-efect între starea Sănătăţii populaţiei şi impactul factorilor nocivi de mediu şi din sfera ocupaţională, precum şi a factorilor socio-economici defavorabili.

5. În procesul efectuării monitoringului se vor soluţiona următoarele sarcini:

a) crearea fondului informaţional naţional;

b) identificarea, în baza analizei sistematice şi estimării riscului, corelaţiilor cauză-efect între starea Sănătăţii populaţiei şi acţiunea factorilor nocivi de mediu sau/şi factorilor socio-economici defavorabili, cu evaluarea riscului pentru sănătate;

c) asigurarea coordonării intersectoriale a activităţilor de realizare a monitoringului în scopul asigurării bunăstării sanitaro-epidemiologice a populaţiei, elaborării propunerilor pentru deciziile autorităţilor publice naţionale şi locale.

6. În cadrul monitoringului vor fi utilizate date referitoare la:

a) starea Sănătăţii populaţiei, acumulate de instituţiile subordonate Ministerului Sănătăţii;

b) factorii mediului de viaţă a omului, inclusiv biologici (microbilologici, virali, parazitologici), chimici, fizici (zgomot, vibraţie, ultrasunet, iradiere termică, ionizantă, neionizantă etc.), acumulaţi de instituţiile subordonate Ministerului Sănătăţii, Ministerului Ecologiei, Construcţiilor şi Dezvoltării Teritoriului;

c) factorii sociali (alimentaţia, aprovizionarea cu apă, condiţiile de trai, munca, odihna şi recrearea etc.), monitorizaţi de instituţiile subordonate Ministerului Sănătăţii, Ministerului Muncii şi Protecţiei Sociale, Ministerului Economiei, Ministerului Ecologiei, Construcţiilor şi Dezvoltării Teritoriului, Ministerului Agriculturii şi Industriei Alimentare, Ministerului Industriei şi Departamentului Statistică şi Sociologie;

d) factorii climaterici, sursele de poluare antropogenă a mediului, inclusiv aerul atmosferic, apele de suprafaţă şi subterane, solul, înregistrate de instituţiile subordonate Ministerului Sănătăţii, Ministerului Agriculturii şi Industriei Alimentare, Ministerului Ecologiei, Construcţiilor şi Dezvoltării Teritoriului şi Departamentului Statistică şi Sociologie etc.;

e) condiţiile de muncă, securitatea muncii şi factorii nocivi la locul de muncă, acumulate de instituţiile subordonate Ministerului Sănătăţii şi Ministerului Muncii şi Protecţiei Sociale etc.

7. Monitorizarea se va efectua prin:

a) supravegherea epidemiologică a sănătăţii populaţiei şi a calităţii mediului de viaţă;

b) colectarea, procesarea, sistematizarea şi stocarea informaţiei obţinute în procesul de supraveghere a sănătăţii populaţiei şi calităţii mediului de viaţă;

c) utilizarea bazelor de date ale tuturor ministerelor şi departamentelor despre sănătatea cetăţenilor şi ale stării mediului înconjurător, acumulate de structurile subordonate Ministerului Transporturilor şi Comunicaţiilor, Ministerului Apărării, Ministerului Afacerilor Interne, Ministerului Ecologiei, Construcţiilor şi Dezvoltării Teritoriului, Ministerului Justiţiei şi altor structuri cu destinaţie specială.

8. Efectuarea monitoringului asigură:

a) depistarea factorilor cu efect nociv asupra omului şi estimarea lor;

b) pronosticarea stării sănătăţii populaţiei şi stării mediului de viaţă;

c) determinarea activităţilor urgente şi de lungă durată în prevenirea şi eliminarea factorilor nocivi de mediu asupra sănătăţii populaţiei;

d) elaborarea deciziilor orientate spre realizarea măsurilor ce ţin de sănătatea populaţiei şi mediul lor de viaţă;

e) informarea operativă a Guvernului şi a altor autorităţi publice centrale, a autorităţilor administraţiei publice locale, întreprinderilor şi organizaţiilor, independent de forma de proprietate, a oga-

nizaţiilor non-guvernamentale şi populaţiei despre starea sanitaro-epidemiologică şi problemele sănătăţii publice la moment.

II. MODALITATEA REALIZĂRII MONITORINGULUI.

9. Realizarea monitoringului la nivel naţional, în structurile municipale şi locale, se efectuează de către Serviciul sanitaro-epidemiologic de stat, subordonat Ministerului Sănătăţii, ministerele şi departamentele interesate şi autorităţile administraţiei publice locale.

10. Serviciul sanitaro-epidemiologic de stat, alte structuri ale Ministerului Sănătăţii, în comun cu organele publice locale, efec-tuează:

a) culegerea, stocarea, procesarea primară, evaluarea informaţiei obţinute în proces de realizare a monitoringului şi transmiterea ei în instituţiile centrale (Centrul Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă, Centrul Ştiinţifico-Practic de Sănătate Publică şi Management Sanitar etc.);

b) elaborarea propunerilor pentru organele publice locale în problemele asigurării sanitaro-epidemiologice a populaţiei în localităţile rurale si urbane.

Centrul Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă, în comun cu alte instituţii abilitate, efectuează:

- administrarea şi suplimentarea continuă a bazei de date la nivel naţional;
- analiza datelor obţinute, determinarea corelaţiilor cauză-efect între starea Sănătăţii populaţiei şi impactul factorilor nocivi de mediu şi factorii socio-economici defavorabili, pronosticarea dinamicii fenomenelor observate la nivel naţional;
- elaborarea propunerilor pentru organele de stat în problemele asigurării sanitaro-epidemiologice a populaţiei, în depistarea

factorilor cu impact nociv asupra omului şi eliminarea acestora sau diminuarea influenţei lor nefaste.

11. Ministerul Sănătăţii:

a) asigură crearea, suplimentarea permanentă şi funcţionarea fondului informaţional naţional;

b) asigură suportul metodologic al monitoringului;

c) elaborează propuneri pentru organele puterii de stat cu scopul de a realiza măsurile de ocrotire a Sănătăţii şi mediului de viaţă al omului;

d) actualizează tehnologiile unificate de recepţionare şi transmitere a datelor pentru formarea fondului informaţional de stat.

12. Structura, volumul şi periodicitatea prezentării datelor (ob-ţinute în procesul realizării monitoringului) în fondul informaţional de stat vor fi determinate de Ministerul Sănătăţii.

13. Prezentarea datelor (obţinute în procesul realizării moni-toringului) în fondul informaţional de stat, schimbul de informaţie între organele puterii de stat, instituţiile şi organizaţiile participante în realizarea monitoringului se efectuează gratuit.

PARTEA a II-a

A. MANAGEMENTUL SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Tema: ANALIZA ŞI EVALUAREA INDICILOR DE ACTIVITATE A INSTITUȚIILOR DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ

Scopul lecției: a însuşi metodele de calcul şi analiză a indicatorilor ce reflectă activitatea CMF (centrelor medicilor de familie) în acordarea AMP (asistenței medicale primare) populației.

Argumentarea scopului

Asistența medicală primară (AMP) este definită de OMS drept asistență esențială, fundamentală a stării de sănătate accesibilă la un preț suportabil pentru țară şi comunitate, realizabilă prin metode verificate practic şi ştiințific şi accetabile social. Figura principală în AMP este medicul de familie. Una din activitățile de rutină ale medicului de familie este completarea documentației de evidență, calcularea şi analiza indicatorilor de performanță. În acest sens, medicul de familie raportează, analizează şi compară o serie de indicatori. Aceasta îi permite să monitorizeze modificările în stare de sănătate a populației deservite, să depisteze problemele existente şi să-şi planifice mai bine activitatea.

Sarcinile instructiv-didactice

1. A cunoaşte structura şi principiile de activitate a CMF (centrelor medicilor de familie).
2. A cunoaşte regulile de completare a documentației de evidență utilizată în activitatea CMF.
3. A însuşi metodele de calcul şi analiză a indicatorilor de activitate a CMF în baza formularului de dare de seamă. (f. nr. 30)

Întrebări de autocontrol

1. Numiți instituțiile în cadrul cărora se acordă asistență medicală primară.
2. Enumerați principiile organizatorice de activitate a CMF.
3. Enumerați sarcinile de bază în activitatea medicului de familie.
4. Care sunt compartimentele de lucru ale medicului de familie. Ce include fiecare compartiment?
5. Descrieți activitatea profilactică a medicului de familie.
6. Numiți elementele lucrului antiepidemic în activitatea medicilor de familie.
7. Numiți documentația de evidență utilizată în activitatea medicului de familie.
8. Numiți indicatorii de activitate a medicului de familie.
9. În ce scopuri sunt utilizate rezultatele analizei activității medicului de familie.

Deprinderi practice

1. A însuşi regulile de completare şi utilizare a documentației de evidență necesare pentru completarea dării de seamă privind activitatea CMF (f. 30).
2. A cunoaşte metodele de calculare şi analiză a indicatorilor de activitate a CMF şi medicilor de familie.

Sarcini pentru lucrul individual

În baza datelor incluse în darea de seamă privind activitatea instituției medicale sanitare (f. 30), este necesar de:

1. A face o caracteristică generală a CMF şi a calcula indicatorii de activitate:

a) Compartimentul I – personalul instituției.
b) Compartimentul II – activitatea instituției de AMP.

2. A analiza indicatorii, a-i compara cu indicatorii pe țară, a formula concluzii şi a le prezenta în formă scrisă.

3.

Lista de indicatori şi metodologia de calcul *(f. nr.30)*

COMPARTIMENTUL I

PERSONALUL INSTITUȚIEI

1. Completarea posturilor de medici de familie:

$$= \frac{\text{numărul de posturi de medici din asistența medicală primară ocupate}}{\text{numărul de posturi de medici din AMP scriptice}} \times 100$$

Analogic se calculează completarea posturilor de asistente medicale.

2. **Asigurarea populației cu medici de familie:**

$$= \frac{\text{numărul de persoane fizice (lucrători de bază) în funcții ocupate din instituția de asistență medicală primară}}{\text{numărul de populație deservită}} \times 10\,000$$

COMPARTIMENTUL II

ANALIZA ACTIVITĂȚII INSTITUȚIEI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ

1. Numărul de vizite la medicul de familie:

$$= \frac{\text{numărul total de vizite efectuate de către populație la medicul de familie}}{\text{numărul mediu de populație}}$$

2. **Numărul de vizite efectuate de către copii la medicul de familie (0–18 ani):**

numărul de vizite la medicul de familie efectuate de către copii (0–18 ani)

= ----------

numărul total de copii (0–18 ani) din zona deservită

Analogic se calculează asigurarea copiilor de 0–14 ani cu asistență medicală primară (numărul de vizite)

3. Proporția vizitelor la medicul de familie efectuate pe motiv de boală:

numărul de vizite efectuate pe motiv de boală

= ---------- x 100

numărul total de vizite

Analogic se calculează ponderea vizitelor pe motiv de boală la copii

4. **Proporția vizitelor efectuate de medici de familie la domiciliu.**

numărul de vizite efectuate de medicii de familie la domiciliu

= ---------- x 100

numărul total de vizite la medicii de familie

Analogic se calculează ponderea vizitelor la copii efectuate de medici la domiciliu

Examinările profilactice efectuate de instituția dată

1. **Proporția persoanelor examinate în scopul depistării bolnavilor cu tuberculoză:**

numărul de persoane examinate în scopul depistării tuberculoză

= ---------- x 100

numărul total de populație

2. Proporția persoanelor bolnave de tuberculoză.

numărul de bolnavi de tuberculoză

= ---------- x 100

numărul de persoane examinate la tuberculoză

3. Proporția femeilor examinate în scopul depistării tumorilor maligne.

numărul de femei în vârstă de peste 35 ani, examinate în scopul depistării tumorilor maligne

= ---------- x 100

numărul total de femei de vârstă de peste 35 ani

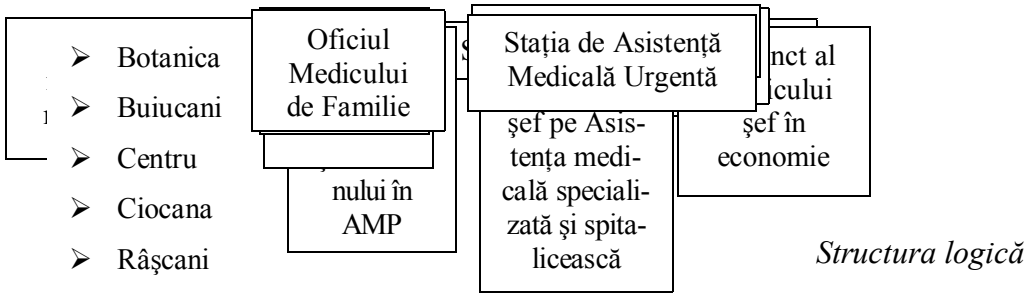
4. Proporția persoanelor cu diagnosticul confirmat de tumoare malignă.

numărul de bolnavi cu diagnosticul confirmat de tumoare malignă

= ---------- x 100

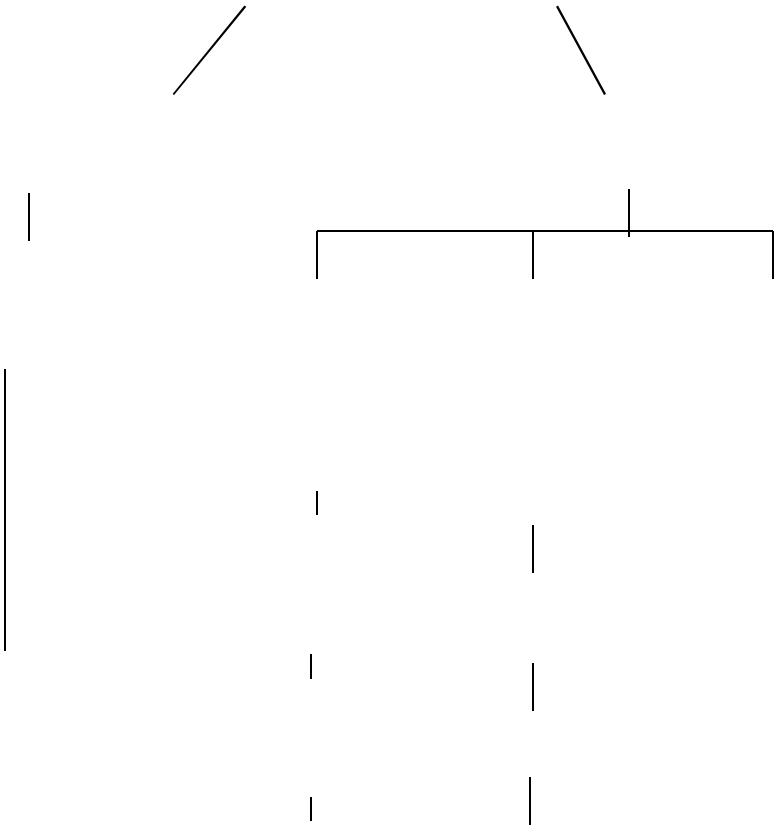
numărul de persoane examinate în scopul depistării tumorii maligne

Analogic se calculează proporția persoanelor examinate în scopul depistării bolnavilor cu diagnosticul de sifilis, în scopul depistării bolnavilor cu tensiune intraoculară mărită.



Structura logică

Tema: ORGANIZAREA ASISTENŢEI MEDICALE PRIMARE



Tema: ANALIZA ŞI EVALUAREA INDICILOR ACTIVITĂȚII STAȚIONARULUI

Scopul lecției: studierea regulilor de pregătire, întocmire a dărilor de seamă despre lucrul staționarului; calcularea şi analiza indicilor activității anuale a staționarului.

Argumentarea scopului

Orice instituție curativo-profilactică prezintă anual darea de seamă despre lucrul efectuat. Alcătuirea acestei dări de seamă, calcularea şi analiza indicilor de activitate a spitalului permit să se aprecieze obiectiv rezultatele obținute de instituția respectivă.

În acelaş timp, se evidențiază aspectele pozitive şi negative, experiența şi lacunele, ce permit a concretiza planul de activitate pe anul curent şi în perspectivă, procesul de dirijare a activității instituției date. Completarea corectă a documentelor de evidență asigură autenticitatea informației statistice din dările de seamă ale instituțiilor medicale. Viitorii medici trebuie să cunoască regulile de a completa formele de evidență, să alcătuiască şi să analizeze darea de seamă anuală a lucrului efectuat atât personal, cât şi de instituția medicală în genere.

Sarcini instructiv - didactice

1. A cunoaşte formele şi principiile de organizare a asistenței medicale a populației.
2. A însuşi regulile de completare şi folosire a formelor documentare de evidență medicală pentru alcătuirea dării de seamă anuale a spitalului.
3. A studia şi însuşi metoda de calul şi analiză a indicilor de activitate a spitalului.

Întrebări de autocontrol

1. Descrieți nomenclatura actuală a instituțiilor curativo-profilactice din republică.
2. Care sunt principiile organizatorice ale asistenței medicale a populației?
3. De cine şi pe baza cărei forme statistice se alcătuieşte darea de seamă privind activitatea de staționar?
4. Enumerați subcompartimentele de bază ale dării de seamă anuale, referitoare la activitatea de staționar.
5. Pentru ce scopuri servesc rezultatele analizei dării de seamă a spitalului (compartimentul III).
6. Metoda de calcul şi analiză a indicilor de utilizare a fondului de paturi. Ce factori influențează asupra valorilor lor?
7. Care indici determină calitatea şi eficacitatea asistenței spitaliceşti şi de ce depind valorile lor ?

Deprinderi practice

1. A însuşi regulile de completare şi utilizarea documentației de evidență necesare pentru completarea dării de seamă privind activitatea CMF (f.30).
2. A cunoaşte metodele de calculare, analiză şi a indicilor de activitate a CMF şi medicilor de familie.

Sarcini pentru studiul individual

În baza datelor dării de seamă anuale ale spitalului central raional sau orăşenesc respectiv, conform numerarului de indici anexați mai jos şi metodei lor de calcul, se cere:

- a lua cunoştință de caracteristica bazei tehnico-materiale a instituției după foaia titulară a dării de seamă;
- a calcula indicii ce caracterizează activitatea de staționar.

- a efectua analiza indicilor calculaţi, comparându-i cu cei medii pe republică, cu normele şi normativele în vigoare. Să se formuleze concluziile respective.

COMPARTIMENTUL III

ACTIVITATEA STAŢIONARULUI

1. Asigurarea populaţiei cu paturi =

numărul de paturi la finele anului gestionar

= ---------- x 10 000 =

numărul populaţiei raionului dat (la finele anului)

2. Indicele utilizării patului în an =

numărul de zile pat

=---------- =

numărul mediu de paturi în staţionar

3. Ponderea populaţiei rurale spitalizate în staţionarul dat =

numărul de bolnavi spitalizaţi din localităţile rurale

= ---------- x 100 =

numărul total de bolnavi spitalizaţi în anul de gestiune

4. Durata medie de spitalizare (în medie pe spital) =

numărul de zile pat spitalizate

= ---------- =

numărul de bolnavi spitalizaţi (semisuma numărului de bolnavi internaţi, externaţi şi decedaţi

5. Rulajul unui pat pe an =

numărul mediu de bolnavi trataţi în staţionar (semisuma bolnavilor internaţi, externaţi din staţioanr şi decedaţi)

= ---------- =

numărul de paturi medii - anuale

6. Letalitatea spitalicească (în total) =

numărul de bolnavi decedați în staționar

= ---------- x 100 =

numărul bolnavilor tratați în staționar (semisuma celor internați, externați şi decedați)

7. Structura intervențiilor efectuate după forme nozologice în staționar (%)

numărul de intervenții efectuate pe sistemul nervos

= ---------- x 100 =

numărul de intervenții efectuate în staționar-total

Analogic se calculează proporția pentru formele nozologice principale.

8. **Structura intervențiilor efectuate în staționar după vârsta bolnavilor (%)**

numărul intervențiilor pe sistemul nervos la copii 0–14 ani 11 luni 29 zile

= ---------- x 100 =

numărul total de intervenții pe sistemul nervos

Analogic se calculează proporția pentru formele nozologice principale

9. Letalitatea postoperatorică =

numărul de bolnavi decedați după operație

= ---------- x 100 =

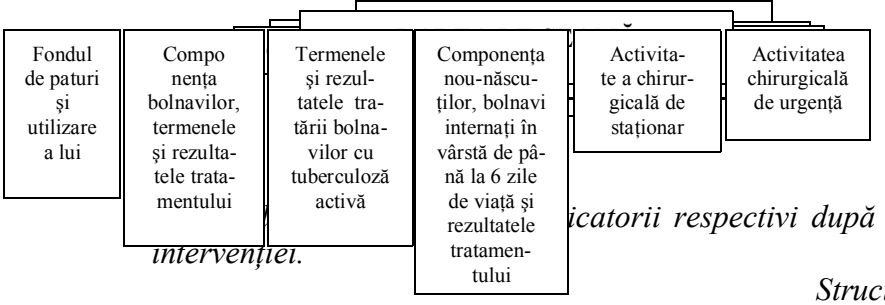
numărul total de bolnavi operați

10. **Ponderea bolnavilor transportați în staționar după 24 ore de la debutul bolii =**

numărul de bolnavi transportați în staționar după 24 ore de la debutul bolii cu apendicită acută

= ---------- x 100 =

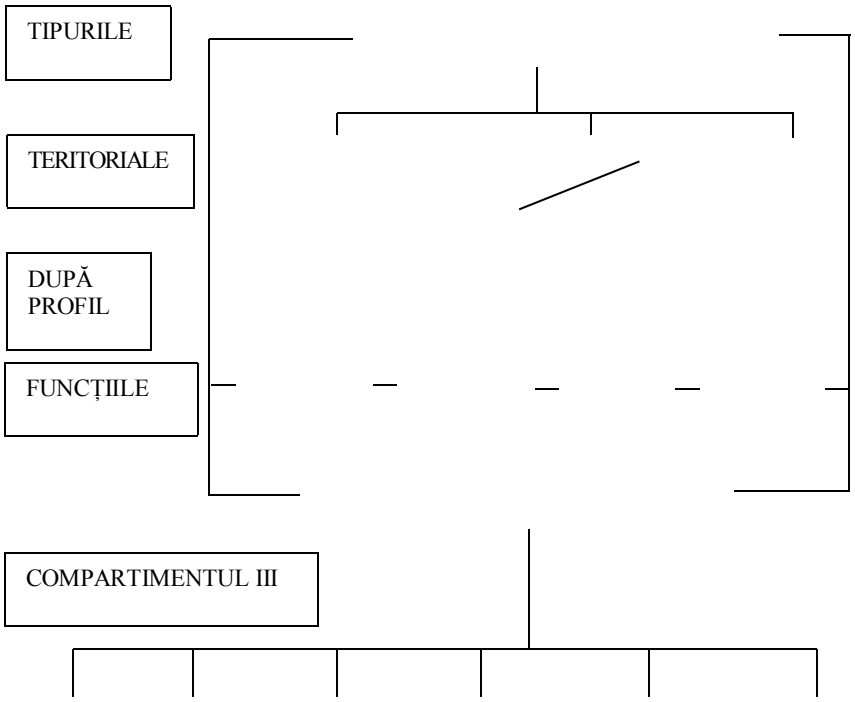
numărul total de bolnavi transportați în staționar



icatorii respectivi după denumirea intervenţiei.

Structura logică

TEMA: Analiza şi evaluarea indiciilor activităţii staţionarului



Tema: ANALIZA ŞI EVALUAREA INDICILOR ASISTENȚEI MEDICALE ACORDATE GRAVIDELOR, PARTURIENTELOR, LĂUZELOR ŞI COPIILOR

Scopul lecției: a studia metodele de calcul şi analiză a indicilor activității medicului de familie şi centrelor perinatologice privind acordarea asistenței medicale primare şi specializate gravidelor, parturientelor şi lăuzelor şi copiilor.

Argumentarea scopului

Centrele perinatologice constituie instituțiile de bază privind acordarea asistenței medicale gravidelor, parturientelor, lăuzelor şi nou-născuților. În plus, o parte importantă a activității medicului de familie este orientată spre acordarea asistenței medicale gravidelor, lăuzelor şi copiilor.

Dările de seamă despre activitatea centrelor perinatologice şi a medicilor de familie în domeniul medical a contingentelor discutate se bazează pe evidența completă a activităților. Analiza dărilor de seamă constituie un „instrument" util în îmbunătățirea calității serviciilor respective.

Analiza activității se efectuează în câteva etape. Inițial se completează cu cifre absolute formularele de evidență: *nr.32* – asistența medicală a gravidelor; *nr.32-A* - asistența medicală a parturientelor şi lăuzelor; *nr.31* – asistența medicală copiilor. Ulterior, în baza cifrelor prezentate, se calculează şi se analizează indicatorii ce reflectă acordarea asistenței medicale gravidelor, parturientelor, lăuzelor şi copiilor. Indicatorii obținuți se compară cu cei din anul precedent şi cu cei generali pe țară, astfel se pot depista atât lacunele, cât şi realizările în acordarea asistenței medicale gravidelor, parturientelor, lăuzelor, precum şi copiilor.

Sarcini instructiv-didactice

1. A cunoaşte formele şi metodele de organizare a asistenţei medicale acordată femeilor şi copiilor.
2. A însuşi regulile de completare a documentaţiei medicale în acest domeniu.
3. A însuşi metodele de calcul şi analiză a indicatorilor de activitate a medicului de familie şi centrului perinatologic în acordarea asistenţei medicale gravidelor, parturientelor, lăuzelor şi copiilor (în baza formularelor de evidenţă nr.32, nr.32-A, şi nr.31)

Întrebări de autocontrol

1. Numiţi principiile de organizare a asistenţei medicale acordată femeilor şi copiilor.
2. Enumeraţi etapele de acordare a asistenţei medicale femeilor şi copiilor.
3. Ce include I etapă de acordare a asistenţei medicale acordată femeilor şi copiilor?
4. Ce include etapa a II-a de acordare a asistenţei medicale femeilor şi copiilor?
5. Ce include etapa a III-a de acordare a asistenţei medicale femeilor şi copiilor ?
6. Ce documentaţie operativă completează medicul de familie pentru acordarea asistenţei medicale femeilor şi copiilor?
7. Cum se realizează supravegherea copilului pe parcursul primului an de viaţă?
8. Cum se realizează supravegherea copiilor în vârstă de 2–7 ani?
9. Enumeraţi contingentele de gravide care necesită o atenţie deosebită.
10. Enumeraţi indicatorii ce caracterizează luarea la evidenţă a gravidelor de către medicul de familie.

11. Care este frecvența examinării gravidelor de către medicul de familie în cazul unei graviditățI fiziologice (normale)?

12. Ce documentație se completează în instituția medicală pentru gravide?

13. De câte ori pe parcursul graviditățII normale gravida trebuie să fie examinată de către obstetricianul-ginecolog?

14. Cum se efectuează supravegherea lăuzei de către medicul de familie şi obstetricianul ginecolog.

15. Cum se realizează acordarea asistenței medicale femeilor cu boli ginecologice.

16. Centrele Perinatale. Funcțiile, tipurile. Criteriile sanitaro-igienice de bază în centrele perinatale.

17. Când şi cum se realizează pregătirea psiho-profilactică a gravidelor?

Deprinderi practice

1. A studia regulile de completare şi utilizare a documentației medicale necesare pentru întocmirea dării de seamă (f. 32, 32 – A şi 31);

2. A studia metodele de calcul al indicatorilor ce reflectă acordarea asistenței medicale gravidelor, parturientelor, lăuzelor şi copiilor.

Sarcini pentru studiul individual

În baza datelor prezentate în darea de seamă anuală (f. 32, 32A şi 31), este necesar:

1. A calcula indicii de bază în acordarea asistenței medicale femeilor gravide, lăuzelor, parturientelor şi copiilor.

2. A analiza rezultatele obținute şi a le compara cu indicii pe republică şi a formula scrie concluziile respective.

Analiza asistenței medicale acordată gravidelor
(în baza formularului *nr.32*)

1. Luarea la evidență a gravidelor

Nr. de gravide luate sub supraveghere până la 12 săptămâni de graviditate
---------- x 100
Nr. total de gravide luate sub supraveghere

2. Ponderea avorturilor

Nr. de graviditați care s-au terminat cu avort
---------- x 100
Nr. total de gravide aflate sub supraveghere

3. Proporția gravidelor consultate de ginecolog la 12 săptămâni.

Nr. de gravide consultate de ginecolog
---------- x 100
Nr. total de gravide aflate sub supraveghere în anul gestionar

În mod similar se calculează proporția gravidelor consultate de ginecolog la 30 săptămâni de sarcină.

4. Proporția gravidelor examinate ecografic la 18–21 săptămâni.

Nr. de gravide examinate ecografic la 18–21 săptămâni de sarcină
---------- x 100
Nr. total de gravide aflate sub supraveghere

5. Proporția gravidelor la care au fost depistate patologii congenitale la examenul ecografic.

Nr. de gravide la care au fost depistate patologii congenitale
---------- x 100
Nr. total de gravide examinate ecografic

6**. Proporția gravidelor ce suferă de gestoze tardive**

Nr. de gravide ce suferă de gestoze tardive
---------- x 100
Nr. total de gravide aflate sub supraveghere în anul gestionar

În mod similar se calculează proporţia gravidelor cu anemii şi diabet zaharat.

7. Proporţia gravidelor care fac parte din grupul de risc cu patologie somatică.

Nr. de gravide din grupul de risc cu patologie somatică
---------- x 100
Nr. total de gravide aflate sub supraveghere

Analogic se calculează proporţia gravidelor care fac parte din grupele de risc cu patologie obstetricală şi cu caracter social.

ANALIZA ASISTENŢEI MEDICALE ACORDATĂ PARTURIENTELOR ŞI LĂUZELOR
(în baza formularului *nr.32–A)*

1. **Proporţia naşterilor la termen**

Nr. de naşteri la termen
---------- x 100
Nr. de naşteri la termen + nr. de naşteri înainte de termen

Analogic se calculează proporţia naşterilor premature.

2. Proporţia naşterilor în afara maternităţii.

Nr. de naşteri în afara maternităţii
---------- x 100
Nr. total de naşteri

3. Proporţia naşterilor cu greutate mică la naştere (sub 2500 g).

Nr. de nou-născuţi cu greutatea mai mică de 2500 g.
---------- x 100
Nr. total de nou-născuţi

4. Proporţia nou-născuţilor care au fost aplicaţi la sân în primele 2 ore de viaţă.

Nr. de nou-născuţi aplicaţi la sân în primele 2 ore
---------- x 100
Nr. total de nou-născuţi

5. Mortinatalitatea

Nr. de născuți morți

---------- x 1000

Nr. de născuți vii şi morți

6. Mortalitatea neonatală precoce.

Nr. de nou-născuți decedați în primele 6 zile de viață

---------- x 1000

Nr. de copii născuți vii

7. Mortalitatea perinatală

Nr. de născuți morți + nr. de copii decedați în primele 0–6 zile

---------- x 1000

Nr. de copii născuți vii şi morți

8. Morbiditatea nou-născuților

Nr. de nou-născuți bolnavi

---------- x 1000

Nr. de copii născuți vii

ANALIZA ASISTENȚEI MEDICALE ACORDATĂ COPIILOR

(în baza formularului *nr. 31*)

1 **Supravegherea copiilor sub 1 an de către medicul de familie.**

Nr. de copii sub 1 an aflați sub supraveghere la finele anului gestionar

---------- x 100

Nr. total de copii sub 1 an

2. Cuprinderea copiilor până la 17 ani cu examene profilactice.

Nr. de copii sub 17 ani examinați

---------- x 100

Nr. de copii de aceaşi vârstă care necesită examinări

3. Proporția copiilor până la 17 ani depistați cu scolioză

Nr. de copii sub 17 ani la care a fost depistată scolioza

---------- x 100

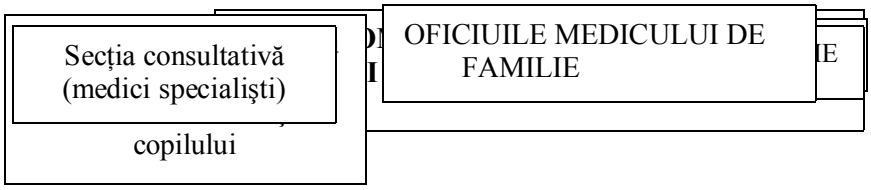
Nr. de copii până la 17 ani examinați

În mod analogic se calculează proporția copiilor cu acuitate auditivă şi vizuală scăzută, tulburări de vorbire etc.

4. **Mortalitatea copiilor în primul an de viață** (mortalitatea infantilă).

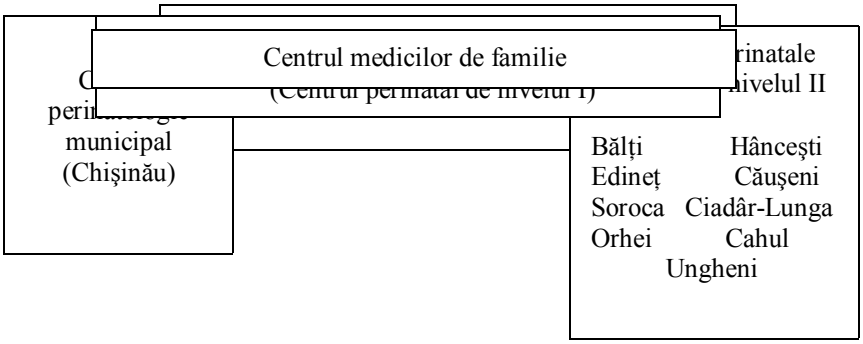
$$\frac{\text{Nr.de copii decedați în primul an de viață}}{\text{Nr. de copii în primul an de viață aflați sub supraveghere}} \times 1000$$

În mod analogic se calculează mortalitatea copiilor sub 5 ani (4 ani, 11 luni, 29 zile).



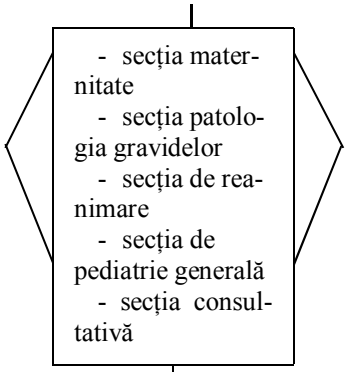
Structura logică

Tema: ORGANIZAREA ACORDĂRII ASISTENȚEI MEDICALE COPIILOR



Structura logică

Tema: ORGANIZAREA ASISTENȚEI MEDICALE FEMEILOR



Tema: EXPERTIZA MEDICALĂ A VITALITĂŢII

Scopul lecţiei practice: studierea principiilor organizării expertizei medicale a vitalităţii temporare şi permanente.

Argumentarea scopului

Medicul rezolvă zilnic o serie de probleme, ce au legătură directă cu determinarea şi stabilirea capacităţii de muncă a bolnavilor. Aceste probleme se referă la: capacitatea bolnavului de a munci sau nu şi pe ce termen; gradul de incapacitate a muncii (totală sau parţială); funcţiile de muncă accesibile bolnavului. Medicului îi revine cea mai mare parte a lucrului în această direcţie. Capacitatea de muncă la ⅔ din numărul bolnavilor se restabileşte în timp de 6 zile, adică în perioada când medicul are dreptul de a elibera personal certificatul de concediu medical. Medicul curativ prezintă bolnavii la consultaţiile specialiştilor pentru a determina necesitatea de a prelungi tratamentul şi a certificatului medical, îndreptarea la comisia medicală de expertiză a capacităţii de muncă. Acest drept îi obligă pe medici să cunoască bazele expertizei medicale.

În afară de aceasta, de la medic se cere a avea o poziţie individuală faţă de bolnav, să ia în considerare nu numai caracterul şi durata bolii, dar şi profesia, condiţiile de lucru şi de trai ale pacientului.

Expertiza medicală a vitalităţii permanente este un sector important în activitatea mediului, legat de cercetarea capacităţii de muncă a omului, efectuată în scopul determinării gradului şi duratei incapacităţii de muncă.

În practica medicilor de toate specialităţile acestora li se întâmplă des să ia anumite măsuri cu privire la pierderea capacităţii de muncă, în general, sau numai privind cea profesională, să determine gradul şi durata incapacităţii de muncă, apărută la om ca rezultat al bolii, accidentului sau din alte cauze, ce nu-i permit persoanei date să exercite ocupaţia profesională sau să munciască în general.

Aşadar, studierea minuţioasă şi însuşirea temei de faţă de către viitorii medici le va permite să efectueze concret expertiza medicală a vitalităţii.

Sarcini instructiv-didactice

1. A însuşi principiile şi sarcinile expertizei medicale a vitalităţii, structura şi funcţiile instituţiilor ce înfăptuiesc această expertiză, funcţiile medicilor din aceste instituţii.
2. A studia regulile eliberării certificatului de concediu medical în caz de pierdere a capacităţii de muncă.
3. A memoriza sarcinile de bază ale CEMV, componenţa, structura, funcţiile.
4. A determina ordinea expertizei incapacităţii definitive şi metoda de a stabili gradul de invaliditate şi indicaţiile pentru determinarea grupelor de invaliditate (I, II, III).
5. A însuşi ordinea eliberării deciziilor medicale pentru copii invalizi din până la vârsta de 16 ani.

Întrebări pentru autocontrol

1. Pentru ce e necesară cunoaşterea de către medic a expertizei medicale a vitalităţii?
2. Principiile de bază ale expertizei medicale a vitalităţii.
3. Ce probleme soluţionează expertiza medicală a capacităţii de muncă?
4. Ce feluri de pierdere a capacităţii de muncă cunoaşteţi?

5. Cine efectuează expertiza medicală a incapacităţii de muncă?

6. Unde şi când este organizată CMC? Componenţa şi funcţiile ei de bază ?

7. În ce cazuri de incapacitate temporară a muncii sunt eliberate certificate de concediu medical?

8. Cum se efectuează eliberarea, păstrarea şi evidenţa formularelor certificatelor de concediu medical în instituţiile ocrotirii sănătăţii?

9. Care este ordinea îndreptării bolnavilor la consiliul medical consultativ?

10. Pentru care termen maxim este eliberat certificatul de concediu medical în funcţie de cauza ce a condus la pierderea capacităţii de muncă şi de funcţia lucrătorului medical?

11. Care este ordinea eliberării certificatului de concediu medical la ieşirea bolnavului din staţionar?

12. Cum se efectuează eliberarea certificatului de concediu medical în caz de carantină?

13. Cum se efectuează eliberarea certificatului de concediu medical în caz de îngrijire a copilului bolnav sau altui membru al familiei?

14. Cum se efectuează eliberarea certificatului de concediu medical în caz de graviditate, naştere normală şi patologică?

15. Ce importanţă are certificatul de concediu medical?

16. Cine are dreptul de a elibera certificatul de concediu medical?

17. Care este ordinea şi termenul eliberării certificatului de concediu medical în caz de traumă?

18. Cum se eliberează certificatul de concediu medical persoanelor aflate în deplasare şi persoanelor din alte localităţi?

19. Care este ordinea completări şi termenul de eliberare a certificatului de concediu medical în caz de avort?

20. Enumeraţi regulile de exprimare a incapacităţii de muncă în caz de îndreptare a pacientului la tratament sanatorial.

21. Care este ordinea eliberării şi completării certificatului de concediu medical în caz de beție?

22. Cum şi pentru ce termen se eliberează certificatul de concediu medical pensionarilor (pe vârstă sau invaliditate) ce lucrează?

23. Care sunt regulile principale de completare a certificatului de concediu medical?

24. Ce responsabilitate au medicii pentru completarea sau eliberarea eronată a certificatului de concediu medical?

25. Ce tipuri de CEMV cunoaşteți, în funcție de profilul de lucru?

26. Care sunt indicațiile şi ordinea îndreptării bolnavilor la CEMV?

27. Numiți grupele de invaliditate şi indicațiile pentru determi-narea lor?

28. Care sunt cauzele principale ale invalidității?

Deprinderi practice

1. A cunoaşte funcțiile medicilor instituțiilor medicale ce se ocupă cu expertiza vitalității, instrucțiile principale despre ordinea eliberării certificatului de concediu medical.

2. A determina termenul de eliberare a certificatelor de concediu medical în funcție de cazurile ce au condus la pierderea capacității de muncă.

3. A însuşi principiile de eliberare şi completare a certificatelor de concediu medical.

4. A îndeplini corect certificatul medical.

5. Determinarea indicațiilor pentru îndreptarea la CEMV şi stabilirea invalidității.

6. A perfecta decizia medicală pentru copilul-invalid (adolescent) din copilărie până la 16 ani.

Sarcini pentru studiul individual

Fiecare student e obligat să rezolve 1–2 variante probleme-expertiză a vitalității, să determine care document justifică incapacitatea de muncă şi să poată completa corect formularele respective.

Varianta 1

Muncitoarea „S", aflându-se în concediu neplătit, a fost bolnavă de anghină în decurs de 5 zile. Are ea oare dreptul de primi certificat de concediu medical ?

Varianta 2

Funcționarei „V" la 30 august i s-a efectuat un avort. În legătură cu complicațiile suferite, pacienta la 9 septembrie s-a adresat în CMF pentru femei, iar la 17 septembrie e internată în secția de ginecologie, în acelaş timp, la domiciliu a rămas un copil de 2 ani, care se află sub supravegherea tatălui. Cum va fi perfectată incapacitatea de muncă a pacientei şi organizarea îngrijirii copilului?

Varianta 3

Cetățeanca ***„A"*** a înfiat un copil nou-născut nemijlocit din maternitate. Are oare cetățeanca *„A"* dreptul de a primi certificatul de concediu medical şi pentru ce termen?

Varianta 4

Invalidul de grupa III ce lucrează a fost incapabil de muncă în decurs de 3 luni (de la 3.II până la 6.V) în legătură cu boala hipertonică. În acelaşi an, de pe data de 1.IV până la 30.IV, a fost din nou incapabil de muncă în legătură cu criza hipertonică. Tot în acelaşi an, de la 20.XII până la 29.XII, a fost bolnav de gripă. Cum

va fi perfectată incapacitatea sa de muncă? Pentru ce termen se eliberează certificat de concediu medical invalizilor ce lucrează ?

Varianta 5

Bolnavul „S” s-a aflat în staţionarul spitalului central raional în legătură cu acutizarea bolii ulceroase de pe data de 16.III până la 10.IV. A fost externat din spital, însă după starea sănătăţii este incapabil de muncă şi are nevoie de tratament în CMF la locul de trai. Cum va fi perfectată incapacitatea de muncă ? Pentru ce termen maxim după externarea din staţionar se poate prelungi certificatul de concediu medical ?

Varianta 6

Electricianul „M” lucrează în schimbul III. În seara de 15.XI a simţit dureri în regiunea inimii şi a chemat „Ambulanţa” la domiciliu. Medicul de serviciu a găsit de cuviinţă să-l elibereze de la muncă în schimbul de noapte şi dimineaţa să se prezinte la CMF. Bolnavul s-a adresat la CMF numai la 17.XI, luni. Medicul l-a considerat capabil de muncă. Pe data de 16.XI şi 17.XI electricianul nu s-a prezentat la serviciu. Cum va fi perfectată incapacitatea de muncă ? În ce cazuri se eliberează certificatul de concediu medical pentru zilele trecute ?

Varianta 7

Funcţionarul „C”, aflându-se în concediu sindical, a fost traumat la domiciliu şi a fost incapabil de muncă 9 zile (de la 15.IV până la 23.IV). Cum se va formula incapacitatea sa de muncă ? Are oare dreptul pacientul la prelungirea concediului şi pentru ce termen?

Varianta 8

Lucrătorul „L”, care până la 20.IV se afla în concediu sindical, la 13.IV i s-a îmbolnăvit copilul în vârstă de 4 ani cu diagnosticul „gripă”, copilul a fost tratat la domiciliu timp de 6 zile. La 30.IV copilul s-a îmbolnăvit din nou. Medicul a pus diagnosticul „pneumonie” şi i-a propus mamei spitalizarea copilului, însă mama a refuzat. Peste 3 zile, în legătură cu agravarea stării sănătății, copilul a fost internat în spital împreună cu mama şi s-a aflat în staționar 10 zile. După 10 zile de spitalizare starea sănătății acestuia a devenit suficientă. Cum va fi perfectată incapacitatea de muncă a lucrătoarei L. şi organizarea îngrijirii copilului ?

Varianta 9

Funcționarului „T”, ce suferă de boală ulceroasă, i s-a eliberat de către sindicat foaie de tratament balneoclimateric la Esentuki, cu 30 % din plată din preț pe 26 zile (de la 9.X. până la 3.XI); concediul sindical (18 zile) în anul curent n-a fost folosit. Drumul până la sanatoriu şi înapoi durează 4 zile. Cum va fi perfectată incapacitatea sa de muncă? Care este ordinea completării certificatelor de concediu medical în caz de incapacitate a muncii în legătură cu tratamentul balneoclimaterice?

Varianta 10

Economistul „G”, aflându-se în deplasare, s-a îmbolnăvit de gripă, care s-a complicat cu pneumonie. A fost bolnav 15 zile.

Cum va fi perfectată incapacitatea sa de muncă? Care este ordinea completării certificatului de concediu medical bolnavilor ce se află în deplasări?

Varianta 11

În timpul concediului sindical, lucrătoarei „S” i s-a îmbolnăvit copilul, cu care s-a aflat în staționar 18 zile. Cum va fi perfectată incapacitatea de muncă a lucrătoarei. Are oare dumneaei dreptul la prelungirea concediului sindical ?

Varianta 12

Muncitorul „I” în drum spre lucru a suferit o traumă. Asistența medicală urgentă i-a fost acordată la punctul traumatologic apropiat. Muncitorul a fost incapabil de muncă de la 1.VI până la 27.VI. Cum va fi perfectată incapacitatea sa de muncă? Are oare dreptul medicul punctului traumatologic să-i elibereze certificat de concediu medical şi pentru ce termen?

Varianta 13

Funcționarul „C”, în decursul a 35 zile, s-a aflat la protezare în staționarul instituției de protezare şi ortopedie. Are dumnealui dreptul de a primi certificat de concediu medical şi pentru ce termen?

Varianta 14

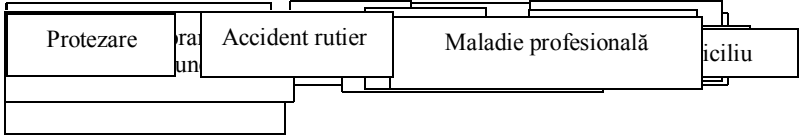
Mecanizatorul „P”, de la 25.IV până la 20.V, a fost tratat de către medicul de familie din ONF. Cum va fi perfectată incapacitatea sa de muncă? Care este ordinea eliberării certificatului de concediul medical în oficiile medicilor de familie cu un singur medic?

Varianta 15

În grădinița de copii, pe care o frecventează copilul „V” în vârstă de 4 ani, a fost instalată carantină în legătură cu rugeolă. Cum va fi perfectată incapacitatea de muncă a mamei sale ?

Varianta 16

Muncitorul „I” în legătură cu fractura femurului a fost incapabil de muncă în decurs de 7 luni (de la 15. I până la 15. VIII).

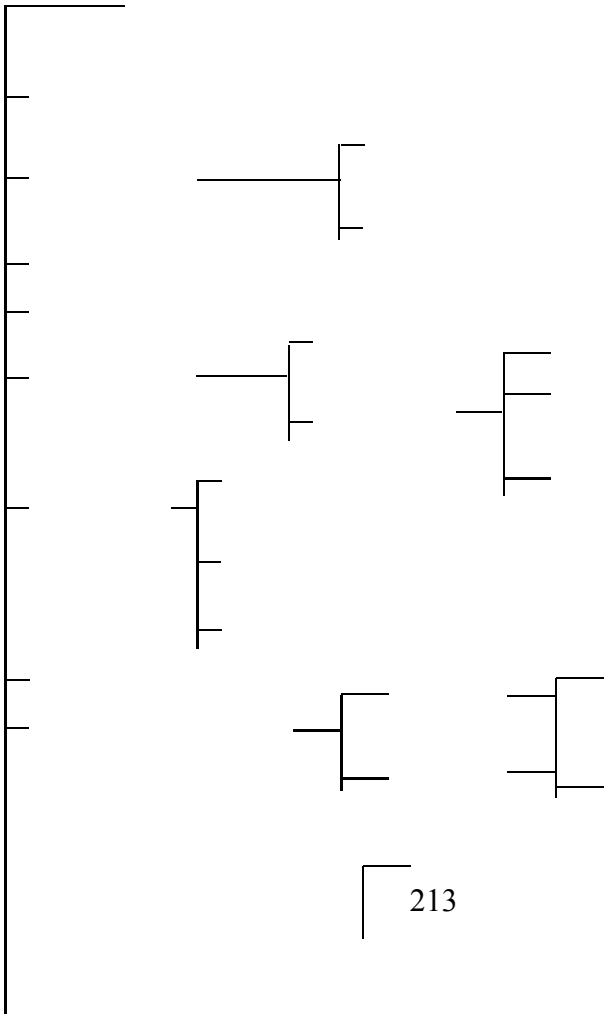


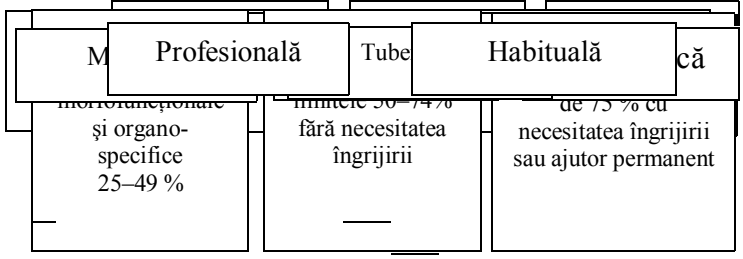
Cum va fi perfectată incapacitatea muncii ? La ce termen bolnavii sunt îndreptați la comisia medicală de expertiză a incapacității muncii? Pentru ce termen se păstrează locul de serviciu pentru lucrător în corespundere cu legea despre muncă ?

Structura logică

Tema: EXPERTIZA MEDICALĂ A VITALITĂȚII

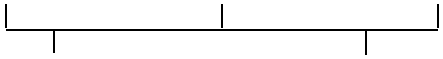
A. Reducerea vitalității temporare





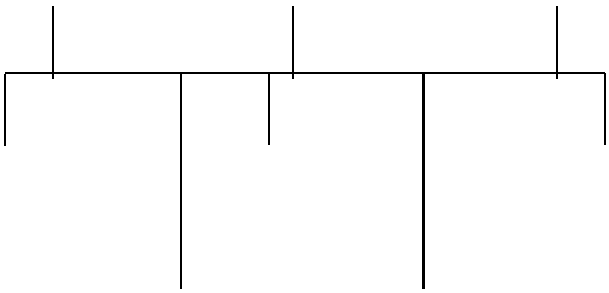
B. Reducerea vitalității permanente

Departamente de expertiză medicală a vitalității



Profil

Categoriile invalidității



Tipurile de reabilitare

Tema: PLANIFICAREA SISTEMULUI SĂNĂTĂŢII

Scopul lecției practice: a studia principiile şi bazele planificării şi metodica alcătuirii planului de dezvoltare a sistemului sănătăți.

Întrebări pentru autocontrol

1. Principiile şi metodele planificării sistemului sănătății.
2. Tipurile planurilor de dezvoltare a sistemului sănătății.
3. Compartimentele şi indicii planului sistemului sănătății, unitățile de măsură.
4. „Normele" şi „normativele" în sistemul sănătății, exemple.
5. Care este baza determinării asigurării populației cu asistență de ambulator şi staționar.
6. Ce date sunt necesare în alcătuirea planului sistemului sănătății pentru perspectivă.
7. Cum se determină necesitatea populației privind asistența de ambulator în policlinică?
8. Cum se determină necesitatea populației vizând asistența de ambulator în staționar?
9. Cum se determină necesitatea posturilor de medici în staționar?
10. Cum se determină necesitatea în posturi de medici pentru activitatea în instituțiile de ambulator şi policlinică?
11. Ce reprezintă funcția de medic?
12. Care sunt etapele planificării strategice?
13. Care sunt aspectele de bază ce trebuie elucidate în cadrul analizei mediului extern şi intern al instituției medicale?
14. Enumerați cerințele de bază față de etapa de implementare şi evaluare a planului strategic.

Argumentarea scopului

Studierea bazelor planificării sistemului sănătății e necesară din considerentul că, în condițiile progresului tehnico-ştiințific, fiecare medic, indiferent de faptul unde îşi face serviciul în orice postură, e obligat să analizeze şi să planifice activitatea sa.

De decizia acestuia depinde eficacitatea şi ameliorarea sistemului sănătății populației.

Planificarea este un proces ce activează permanent în ramura sistemului sănătății pentru diferite forme de organizare a asistenței medicale populației, orientată spre coordonarea eficiență a tuturor resurselor naționale ce influențează asupra sănătății populației.

Viitorii medici specialişti, ținând cont de posibilitatea potențială a fiecăruia din ei de a fi conducătorul circumscripției medicale, al unei subunități structurale a spitalului sau a instituției medicale la orice nivel ierarhic, fără cunoaşterea bazelor planificării sistemului sănătății, nu vor putea îndeplini obligațiunile lor funcționale.

În noile condiții de gestionare a sistemului de sănătate este important ca fiecare instituție medicală să-şi elaboreze şi să implementeze în practică planuri strategice de dezvoltare, care să răspundă schimbărilor mediului extern şi intern al organizației medicale.

Sarcini instructiv - didactice

1. a cunoaşte principiile şi metodele planificării şi implementarea lor în practica sistemului sănătății.
2. a însuşi metodologia de elaborare a planului sistemului sănă-tății teritorial, de ramură, curent şi pentru perspectivă.
3. a însuşi calcularea şi aprecierea indicatorilor planului de dezvoltare a sistemului sănătății în baza unui exemplu concret.
4. a însuşi aspectele organizatorice şi metodologia de elaborare a planului strategic de dezvoltare a instituțiilor medico-sanitare.

Deprinderi practice

1. a însuşi metodica alcătuirii planurilor sistemului sănătăţii teritoriale curente şi în perspectivă.

2. a deprinde folosirea normelor, normativelor şi altor metode pentru calcularea indicilor planului instituţiei medicale în perspectivă.

3. a însuşi metodele de elaborare şi implementare a planurilor strategice.

Sarcini pentru studiul individual

În baza indicilor în variantele respective ce e necesar:

1. A determina capacitatea totală a spitalului central raional (prin metoda analitică şi de normativ), cât şi capacitatea secţiilor de terapie, chirurgie, ginecologie, otorinolaringologie şi dermatovenerologie cu folosirea normativelor corespunzătoare, ţinându-se cont, ca în perspectivă asistenţa de staţionar populaţiei rurale va fi concentrată în spitalul central raional.

2. A determina numărul planificat de zile-paturi atât pentru spital în întregime, cât şi pentru secţii de profil aparte.

3. A determina numărul planificat de adresări la instituţiile de ambulator raionale.

4. A determina necesitatea în medici pentru lucru în staţionarul spitalului raional, în instituţiile de ambulator, serviciile auxiliare şi aparatului administrativ.

La îndeplinirea problemei e necesar de a folosi următoarele date auxiliare:

1. Nivelul morbidităţii conform adresabilităţii după ajutor medical, normativul asigurării populaţiei rurale cu asistenţă de staţionar în perspectivă şi state normative.

2. Necesitatea populaţiei în asistenţă de staţionar, utilizarea anuală a unui pat pe specialităţi, norma sarcinii postului de medic în

staţionar pentru o oră de lucru în instituţiile de ambulator şi policlinică (lectorul numeşte datele).

3. Informaţiile referitoare la dezvoltarea socială şi economică a teritoriilor administrative, unde este amplasată instituţia medico-sanitară.

Varianta 1

A determina indicii de bază ai planului sistemului sănătăţii al raionului rural pentru anul 2006 cu o populaţie de 75000 oameni, inclusiv în centrul raional – 18000 oameni.

Varianta 2

A determina indicii de bază ai planului sistemului sănătăţii al raionului rural pentru anul 2006 cu o populaţie de 85000 oameni, inclusiv în centrul raional – 25000 locuitori.

Varianta 3

A determina indicii de bază ai planului sistemului sănătăţii al raionului rural pentru anul 2006 cu o populaţie de 78000 oameni, inclusiv în centrul raional – 20000 locuitori.

Varianta 4

A determina indicii de bază ai planului sistemului sănătăţii al raionului rural pentru anul 2006 cu o populaţie de 72 000 oameni, inclusiv în centrul raional – 19 000 locuitori.

Varianta 5

A determina indicii de bază ai planului sistemului sănătăţii al raionului rural pentru anul 2006 cu o populaţie de 70 000 oameni, inclusiv în centrul raional – 16 000 locuitori.

Varianta 6

A determina indicii de bază ai planului sistemului sănătății al raionului rural pentru anul 2006 cu o populație de 82000 oameni, inclusiv în centrul raional – 24 000 locuitori.

Varianta 7

A determina indicii de bază ai planului sistemului sănătății al raionului rural pentru anul 2006 cu o populație de 77000 oameni, inclusiv în centrul raional – 21 000 locuitori.

Varianta 8

A determina indicii de bază ai planului sistemului sănătății al raionului rural pentru anul 2006 cu o populație de 79000 oameni, inclusiv în centrul raional – 22 000 locuitori.

Varianta 9

A elabora structura planului strategic de dezvoltare a instituției medico-sanitare publice „Spitalul raional H.” Cu populația de 132 000 locuitori, inclusiv în centrul raional 25 000 locuitori, pentru o perioadă de 10 ani. Se va avea în vedere schimbările în finanțarea şi gestionarea serviciilor de sănătate, precum şi prognozele dezvoltării economice şi sociale a teritoriului.

Structura logică

Tema: PLANIFICAREA SISTEMULUI SĂNĂTĂȚII

PRINCIPIILE

METODE-
LE

TIPURILE

PĂRȚILE
COMPONENTE

ETAPELE
DE MUNCĂ
ASUPRA
PLANULUI

Tema: ECONOMIA SANITARĂ ŞI MANAGEMENTUL FINANCIAR ÎN SĂNĂTATE

Scopul lecţiei practice: utilizarea tehnicilor economiei sanitare şi a Managementului financiar în evaluarea serviciilor de sănătate.

Argumentarea scopului

Ştiinţele economice se ocupă în special cu analiza şi evaluarea serviciilor efectuate în condiţiile de finanţare limitată. Luând în considerare starea social-economică din ţară şi posibilităţile limitate de finanţare a sistemului de sănătate, un rol important în activitatea viitorilor medici, precum şi a cadrelor medicale de conducere, îl au nivelul de cunoştinţe şi deprinderile practice ce ţin de analiza şi evaluarea economico-financiară a instituţiilor medico-sanitare publice. Însemnătatea acestor activităţi în cea mai mare parte rezultă din necesitatea de a practica efectul în condiţiile asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală şi autonomiei instituţiilor medicale ce prevede, în primul rând, crearea bunurilor şi utilizarea raţională a resurselor, orientate spre ameliorarea sănătăţii populaţiei.

Sarcini instructiv-metodice

1. Însuşirea noţiunilor de bază ale economiei sanitare utilizate pentru ameliorarea sănătăţii populaţiei.
2. Cunoaşterea particularităţilor şi a principiilor economiei de piaţă aplicate în sistemul de sănătate.
3. Însuşirea noţiunilor de management financiar.
4. Cunoaşterea principiilor de bază ale managementului financiar.
5. Studierea şi analiza metodelor de plată şi evaluarea economico-financiară în sănătate.

Întrebări pentru autocontrol

1. Definiția economiei.
2. Caracteristicile generale ale economiei în sănătate.
3. Sistemele economice.
4. Definiția cererii. Factorii ce influențează cererea.
5. Definiția ofertei. Factorii ce influențează oferta.
6. Caracteristica serviciilor de sănătate din punct de vedere al economiei.
7. Evidențiați factorul principal ce realizează echilibrul dintre cerere şi ofertă.
8. Enumerați condițiile de bază ale funcționării mecanismului economiei de piață.
9. Care sunt rolurile principale ale Managementului pieții. Tipurile de contract?
10. Caracteristicile generale ale evaluării economice.
11. Ce reprezintă costul serviciilor de sănătate?
12. Cum pot fi clasificate costurile în funcție de comportamentul lor. Tipurile de costuri în sănătate.
13. Etapele de calculare a costurilor.
14. Aspectele principale (tehnici) de evaluare a economiei în sănătate.
15. Ce se subînțelege prin analiza?

a) de minimizare a costurilor;
b) cost-eficacitate;
c) cost-utilitate;
d) cost-beneficiu.

16. Prin ce se caracterizează complexitatea Managementului financiar în sănătate?
17. Principiile de bază ale managementului financiar în sănătate.
18. Definiția bugetului. Enumerați componentele din care este alcătuit Bugetul

19. Enumeraţi metodele (metodologia) de plată ale serviciilor de sănătate şi caracteristica lor.

20. Modalităţile principale de finanţare în sistemul de sănătate.

21. Particularităţile de finanţare a serviciilor de sănătate în Moldova:

a) din bugetul de Stat;
b) prin asigurări obligatorii de asistenţă medicală;
c) prin asigurări private;
d) prin plăţi directe;
e) finanţare comunitară.

22. Care sunt criteriile ce determină o finanţare mai eficientă în sănătate.

23. Principalele tipuri de plată a serviciilor medicale şi caracteristica lor:

a) per serviciu;
b) per capita;
c) per caz;
d) per zi;
e) prin salariu.

24. Caracteristica finanţelor sistemului de sănătate din Moldova în condiţiile asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală.

25. Bugetul global şi caracteristicile lui. Articolele de cheltuieli în sănătate.

Sarcini pentru activitatea individuală

Grupul de studenţi determină eficacitatea economică a metodei de dispensarizare a deservirii medicale a bolnavilor. Fiecare student rezolvă un fragment (variantă) din 1-a problemă, iar rezultatele obţinute sunt folosite de întreaga grupă pentru analiza economică a pagubei evidente (problema 2). Conform datelor prezentate (problema 3, varianta respectivă), studenţii determină costul cazului tratat în condiţii de staţionar.

PROBLEMA 1

Pentru stabilirea eficacităţii economice a metodei de dispensarizare de deservire medicală a bolnavilor este necesar:

- a determina separat costul asistenţei medicale a bolnavilor dispensarizaţi, ce nu sunt la evidenţă în cadrul dispensarului; a bolnavilor ce se tratează la CMF, staţionar şi în sanatoriu timp de 3 ani;
- a calcula cheltuielile în legătură cu pierderea capacităţii de muncă temporară, invaliditate, de asemenea, paguba economică în urma reducerii numărului de zile-muncă, cauzată de incapacitatea temporară de muncă şi reducerea numărului de persoane ce activează în economia naţională ca rezultat al invalidităţii.

Varianta I

Să se determine costul asistenţei medicale a bolnavilor cu boală hipertonică care sunt supravegheaţi prin dispensarizare în CMF, dacă este cunoscut volumul de ajutor medical acordat (tabelul I).

Tabelul 1

Nr. crt.	Formele de asistenţă medicală	Volumul ajutorului acordat	Costul ajutorului medical acordat
1	Numărul de vizite la medicul de familie	1000	
2	Numărul de vizite la domiciliu	80	
3	Numărul de vizite la medicii specialişti: a) neurolog b) oftalmolog	 58 75	
4	Numărul solicitărilor medicilor asistenţei de urgenţă	10	
5	Numărul cercetărilor de laborator efectuate: a. sânge; b. urină; c. examen radiologic al cutiei toracice;	 130 75 20 70	

	d. ECG.		
	În total		

Varianta 2

Să se determine costul asistenței medicale a bolnavilor cu boala hipertonică ce sunt supravegheați prin dispensarizare în CMF, dacă este cunoscut volumul ajutorului medical (tabelul 2).

Volumul real al asistenței medicale, acordat bolnavilor cu boala hipertonică, ce nu sunt supravegheați prin dispensarizare în CMF în anul doi de gestiune (în medie la 100 bolnavi).

Tabelul 2

Nr. crt.	Formele de asistență medicală	Volumul ajutorului acordat	Costul ajutorului medical acordat
1	Numărul de vizite la medicul de familie	889	
2	Numărul de vizite la domiciliu	110	
3	Numărul de vizite la medicii specialişti: a) neurolog; b) oftalmolog.	 46 55	
4	Numărul solicitărilor medicilor asistenței de urgență	9	
5	Numărul cercetărilor de laborator efectuate: a. sânge; b. urină; c. examen radiologic al cutiei toracice; d. ECG.	 140 80 18 65	
	În total		

Varianta 3

Să se determine costul asistenței medicale a bolnavilor cu boală hipertonică ce sunt supravegheați prin dispensarizare în CMF, dacă este cunoscut volumul ajutorului medical (tabelul 3).

Volumul real al asistenței medicale acordat bolnavilor cu boala hipertonică ce nu sunt supravegheați prin dispensarizare în CMF în anul trei de gestiune (în medie la 100 bolnavi).

Tabelul 3

Nr. crt.	Formele de asistență medicală	Volumul ajutorului acordat	Costul ajutorului medical acordat
1	Numărul de vizite la medicul de familie	900	
2	Numărul de vizite la domiciliu	114	
3	Numărul de vizite la medicii specialişti: a) neurolog b) oftalmolog	 56 70	
4	Numărul chemărilor deservite de medicii asistenței de urgență	9	
5	Numărul cercetărilor de laborator efectuate: a. sânge b. urină c. examen radiologic al cutiei toracice d. ECG	 135 85 18 85	
	În total		

Varianta 4

Să se determine costul asistenței medicale a bolnavilor cu boală hipertonică ce sunt supravegheați prin dispensarizare în CMF, dacă este cunoscut volumul asistenței medicale acordate (tabelul 4).

Volumul real al asistenței medicale acordat bolnavilor cu boala hipertonică ce nu sunt supravegheați prin dispensarizare în CMF în anul trei de gestiune (în medie la 100 bolnavi).

Tabelul 4

Nr. crt.	Formele de asistență medicală	Volumul ajutorului acordat	Costul ajutorului medical acordat
1	Numărul de vizite la medicul de familie	990	
2	Numărul de vizite la domiciliu	130	
3	Numărul de vizite la medicii specialişti: a) neurolog; b) oftalmolog.	 26 35	
4	Numărul chemărilor deservite de medicii asistenței de urgență	14	
5	Numărul cercetărilor de laborator efectuate: a. sânge;	 66	

	b. urină; c. examen radiologic al cutiei toracice; d. ECG.	50 15 55	
	În total		

Varianta 5

Să se determine costul asistenței medicale a bolnavilor cu boală hipertonică ce sunt supravegheați prin dispensarizare în CMF, dacă este cunoscut volumul ajutorului medical acordat (tabelul 5).

Volumul real al asistenței medicale acordat bolnavilor cu boala hipertonică ce nu sunt supravegheați prin dispensarizare în CMF în anul trei de gestiune (în medie la 100 bolnavi).

Tabelul 5

Nr. crt.	Formele de asistență medicală	Volumul ajutorului acordat	Costul ajutorului medical acordat
1	Numărul de vizite la medicul de familie	660	
2	Numărul de vizite la domiciliu	36	
3	Numărul de vizite la medicii specialişti: a) neurolog; b) oftalmolog.	 20 20	
4	Numărul chemărilor deservite de medicii asistenței de urgență	12	
5	Numărul cercetărilor de laborator efectuate: a. sânge; b. urină; c. examen radiologic al cutiei toracice; d. ECG .	 55 30 12 40	
	În total		

Varianta 6

Să se determine costul asistenței medicale a bolnavilor cu boală hipertonică ce sunt supravegheați prin dispensarizare în CMF, dacă este cunoscut volumul asistenței medicale acordate (tabelul 6).

Volumul real al asistenței medicale acordat bolnavilor cu boala hipertonică ce nu sunt supravegheați prin dispensarizare în CMF în anul trei de gestiune (în medie la 100 de bolnavi).

Tabelul 6

Nr. crt.	Formele de asistență medicală	Volumul ajutorului acordat	Costul ajutorului medical acordat
1	Numărul de vizite la medicul de familie	588	
2	Numărul de vizite la domiciliu	100	
3	Numărul de vizite la medicii specialişti: a) neurolog; b) oftalmolog.	 20 20	
4	Numărul solicitărilor medicilor asistenței de urgență	10	
5	Numărul cercetărilor de laborator efectuate: a. sânge; b. examen radiologic al cutiei toracice; c. ECG.	 77 18 45	
	În total		

Varianta 7

Folosind datele din tabelul 7, e necesar să se determine costul tratamentului în staționar al bolnavilor cu boala hipertonică, dacă costul întreținerii unui pat pe zi este de 75,00 lei.

Tabelul 7

Numărul paturi-zile în medie la 100 bolnavi care se tratează în staționar

	Anii de dare de seamă						**În total, de 3 ani**		Costul tratam., într-un an
	I		II		III				
	Nr. de paturi-zile	Costul tratam.	Nr. de paturi-zile	Costul tratam.	Nr. de paturi-zile	Costul tratam.	Nr. de paturi-zile	Costul tratam.	
Grupa de									

dispensarizare	185	275	215	676
Bolnavi fără supraveghere prin dispensarizare	113	205	305	625

Varianta 8

Folosind datele din tabelul 8, e necesar să se determine costul tratamentului balneo-sanatorial cu boală hipertonică, dacă e cunoscut costul unei foi de tratament cu preț redus în sanatoriul cardiologic, care constituie 242,00 lei.

Tabelul 8

Frecvența tratării bolnavilor cu boală hipertonică în sanatoriile cardiologice (în medie 100 bolnavi)

	Anii de dare se seamă						**Costul tratamentului**	
	I		**II**		**II**			
	Nr. bolnavilor cu tratament balneo-sanatorial	Costul	Nr. bolnavilor cu tratament balneo-sanatorial	Costul	Nr. bolnavilor cu tratament balneo-sanatorial	Costul	În total în 3 ani	În medie într-un an
Grupa de dispensarizare	9		9		10			
Bolnavii fără supraveghere dispensarizară	13		13		13			

Varianta 9

Folosind datele din tabelul 9, e necesar să se determine cheltuielile în legătură cu subvențiile acordate bolnavilor hipertonici în caz de incapacitate temporară de muncă, dacă e stabilit că

valoarea subsidiilor zilnice în caz de pierdere a capacității de muncă în perioada investigațiilor constituie 52,50 lei.

Tabelul 9

Frecvența incapacității de muncă temporară din cauza bolii hipertonice (numărul zilelor la 100 bolnavi)

	Anii de dare se seamă						Nr. de zile de boală timp de 3 ani	Valoarea ajutorului bănesc
	I		II		II			
	Nr. de zile cu incapacitate temporară de muncă	Valoarea ajutorului bănesc	Nr. de zile cu incapacitate temporară de muncă	Valoarea ajutorului bănesc	Nr. de zile cu incapacitate temporară de muncă	Valoarea ajutorului bănesc		
Grupa de dispensarizare		2,75		2,10		2,10		6,95
Bolnavii fără supraveghere dispensară		3,20		2,20		2,40		7,80

Varianta 10

Folosind datele din tabelul 10, este necesar să se determine paguba economică din cauza reducerii numărului de zile lucrătoare în legătură cu pierderea temporară a capacității de muncă a bolnavilor hipertonici, dacă valoarea medie zilnică a venitului unui lucrător constituie 64,50 lei.

Tabelul 10

Frecvența pierderii temporare a capacității de muncă din cauza bolii hipertonice (numărul de zile la 100 lucrători)

	I		II		II		Mărimea pagubei economice	
	Nr. zilelor cu incapacitate de muncă	Mărimea pagubei economice	Nr. zilelor cu incapacitate de muncă	Mărimea pagubei economice	Nr. zilelor cu incapacitate de muncă	Mărimea pagubei economice	În total în 3 ani	În medie într-un an
Grupa de dispensarizare	2750		2100		2200			
Bolnavii fără supraveghere dispensarizară	3200		2200		2400			

Varianta 11

Folosind datele din tabelul 11, e necesar să se determine cheltuielile statului în legătură cu invaliditatea bolnavilor hipertonici, dacă valoarea anuală a pensiei unui invalid de grupa II constituie în medie 1200 lei, de grupa III – 1100 lei. Perioada medie de pensionare – 8 luni.

Tabelul 11

Invaliditatea din cauza bolii hipertonice

	Grupa de invaliditate	Anii de gestiune						Costul	
		I		II		II			
		Nr. de invaliditate	Mărimea ajutorului bănesc	Nr. de invaliditate	Mărimea ajutorului bănesc	Nr. de invaliditate	Mărimea ajutorului bănesc	În total în 3 ani	În mediul într-un an
Grupa de dispensarizare	**II** **III**	- 2	– –	– 1	– –	– 3	–	-	
Bolnavii fără supraveghere dispensarizară	**III** **III**	1 2		5		2			

Varianta 12

Folosind datele din tabelul 12, e necesar să se determine pagubele economice ale venitului național în legătură cu reducerea numărului de persoane ocupați în producere din cauza invalidității hipertonice, dacă valoarea venitului produs de un muncitor în timp de un an constituie în medie, 13400 lei. Numărul de ani nelucrați până la împlinirea vârstei de pensionare este 8.

Tabelul 12

Invaliditata de grupa a II-a cauzată de boala hipertonică (numărul cazurilor la 100 bolnavi)

	I		II		II		Mărimea pagubei economice	
	Numărul invalizilor	Paguba economică	Numărul invalizilor	Paguba economică	Numărul invalizilor	Paguba economică	În total în 3 ani	În medie într-un an
Persoanele	1		5					

fără supraveghere prin dispensarizare								

Notă: Invalizii de grupa a III-a din cauza bolii hipertonice, care sunt sau nu sunt la evidenţă în cadrul dispensarului, continuă activitatea de muncă.

PROBLEMA 2

Pentru analiza economică a pagubei evitate, datorită asistenţei medicale dispensarizate, este necesar:

- a determina în baza rezultatelor obţinute prin rezolvarea variantelor 1–8 costul sumar al tuturor formelor de asistenţă curativ-profilactică;
- a calcula, în baza rezultatelor variantelor 9–11, valoarea su-mară a cheltuielilor indirecte şi valoarea pagubei economice a venitului naţional în legătură cu boala hipertonică pe parcursul anilor de gestiune;
- a determina valoarea pagubei evitate a venitului naţional în legătură cu asistenţa medicală dispensarizată a bolnavilor hiperto-nici. A efectua analiza detaliată şi a prezenta concluziile respective în scris.

Tabelul 13

Costul asistenţei medicale a bolnavilor cu boală hipertonică (toate formele de asistenţă curativ-profilactică în medie la 100 bolnavi)

Costul diferitelor	**Anii de dare se seamă**			**În medie într-un an**	
	I	**II**	**II**		

asistențe curativo-profilactice	Grupa de dispen-sar	Fără supraveg-herea prin dispensar	Grupa de dispen-sar	Fără supraveg-herea prin dispensar	Grupa de dispen-sar	Fără supra-vegh-erea prin dispen-sar	La 100 bol-navi	În % la nr. total	La 100 bol-navi	În % la nr. total
Costul tratamentului în CMF										
Costul tratamentului în staționar										
Costul tratamentului balneosanatorial										
Costul sumar al asistenței medicale										

Tabelul 14

Paguba economică pentru venitul național cauzată de morbiditatea bolii hipertonice (după datele a trei ani de dare de seamă)

Mărimea diferitelor cheltuieli în legătură cu morbiditatea bolii hipertonice	**Anii de dare se seamă**						**În medie într-un an**			
	I		**II**		**III**					
	Grupa de dispen-sar	Fără supra-vegh-erea prin dispen-sar	Grupa de dispen-sar	Fără supraveg-herea prin dispensar	Grupa de dispen-sar	Fără supra-vegh-erea prin dispen-sar	La 100 bol-navi	În % la nr. total	La 100 bol-navi	În % la nr. total
1. Costul asistenței medicale										

2. Paguba economică în caz de incapacitate temporară de muncă (în total) inclusiv: **a)** cheltuieli **b)** ajutor bănesc în rate în caz de incapacitate temporară de muncă. **c)** paguba de la reducerea numărului zile de muncă.										
3. Paguba economică în caz de invaliditate (în total) inclusiv: **a)** cheltuieli; **b)** ajutor bănesc în caz de invaliditate; **c)** paguba în caz de reducere a numărului de zile lucrătoare din gospodăria publică										
În total										

Tabelul 15

Evaluarea comparativă a eficacității economice a asistenței

medicale a bolnavilor cu boală hipertonică (timp de 3 ani de reducere)

	Proba evitată a venitului național în comparație cu primul an de dare de seamă (în lei)			Coraportul valorilor cheltuielilor pentru asistența medicală și mărimea pagubei evitate (în lei)	
	Anii de dare de seamă		În total în 2 ani		
	I	**II**		Cheltuieli	
Grupa de dispensarizare					
Fără supra-veghere prin dispensarizare					

PROBLEMA 3

Pentru evaluarea costului cazului tratat a unei maladii în staționar în condițiile asigurărilor obligatorie de asistență medicală este necesar:

- a determina suma cheltuielilor ce țin de: costul de întreținere a 1 pat/zi; alimentarea bolnavului; cheltuieli de întreținere a bolnavului; durata de tratament;
- a determina suma cheltuielilor ce țin de: costul investigațiilor paraclinice; costul medicamentelor; costul manipulațiilor; costul de tratament al 1 pat/zi în reanimare, costul medicamentelor administrate în reanimare;
- a determina costul sumar al cazului tratat.

Varianta 1

Să se determine costul cazului tratat al bolnavului cu boală varicoasă. Tromboflebită acută în condiții de staționar, utilizându-se următoarea informație:

Costul de întreținere a 1 pat/zi	91,8 lei
Alimentarea bolnavului	7,59 lei
Cheltuieli de întreținere	99,39 lei
Durata medie de întreținere	16 zile

Costul investigaţiilor paraclinice	297 lei
Costul medicamentelor	1128,8 lei
Costul manipulaţiilor	738 lei
Costul de întreţinere a 1 pat/zi în reanimare	286 lei
Medicamente administrate în reanimare	102,78 lei

Varianta 2

Să se determine costul cazului tratat al bolnavului cu Prolaps genital în condiţii de staţionar, utilizându-se următoarea informaţie:

Costul de întreţinere a 1 pat/zi	71,0 lei
Alimentarea bolnavului	5,28 lei
Cheltuieli de întreţinere	76,98 lei
Durata medie de întreţinere	10,0 zile
Costul investigaţiilor paraclinice	207,0 lei
Costul medicamentelor	312,44 lei
Costul manipulaţiilor	388,0 lei
Costul de întreţinere a 1 pat/zi în reanimare	286,0 lei
Medicamente administrate în reanimare	142,5 lei

Varianta 3

Să se determine costul cazului tratat al bolnavului cu Pneumonie, evoluţie severă complicată cu pleurezie în condiţii de staţionar, utilizându-se următoarea informaţie:

Costul de întreţinere a 1 pat/zi	58,8 lei
Alimentarea bolnavului	8,25 lei
Cheltuieli de întreţinere	67,5 lei
Durata medie de întreţinere	13,0 zile
Costul investigaţiilor paraclinice	196,0 lei
Costul medicamentelor	331,08 lei
Costul manipulaţiilor	– lei
Costul de întreţinere a 1 pat/zi în reanimare	286,0 lei
Medicamente administrate în reanimare	1238,66 lei

Varianta 4

Să se determine costul cazului tratat al bolnavului cu Radiculopatie L4–L5 vertebrogenă în condiții de staționar, utilizându-se următoarea informație:

Costul de întreținere a 1 pat/zi	90,8 lei
Alimentarea bolnavului	8,25 lei
Cheltuieli de întreținere	99,05 lei
Durata medie de întreținere	9,0 zile
Costul investigațiilor paraclinice	196,0 lei
Costul medicamentelor	201,72 lei
Costul manipulațiilor	–
Costul de întreținere a 1 pat/zi în reanimare	286,0 lei
Medicamente administrate în reanimare	18,84 lei

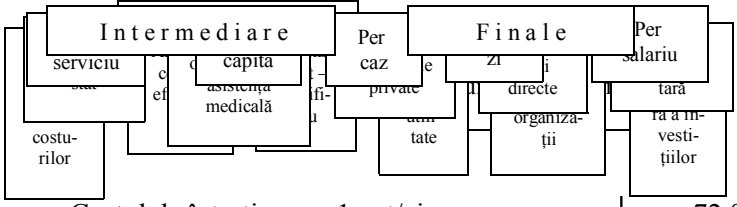
Varianta 5

Să se determine costul cazului tratat al bolnavului cu Erezipee secundar al ambelor membre inferioare în condiții de staționar, utilizându-se următoarea informație:

Costul de întreținere a 1 pat/zi	30,8 lei
Alimentarea bolnavului	8,25 lei
Cheltuieli de întreținere	39,05 lei
Durata medie de întreținere	21,0 zile
Costul investigațiilor paraclinice	575,0 lei
Costul medicamentelor	516,41 lei
Costul manipulațiilor	194,0 lei
Costul de întreținere a 1 pat/zi în reanimare	286,0 lei
Medicamente administrate în reanimare	290,19 lei

Varianta 6

Să se determine costul cazului tratat al bolnavului cu Infarct miocardic acut în condiții de staționar, utilizându-se următoarea informație:

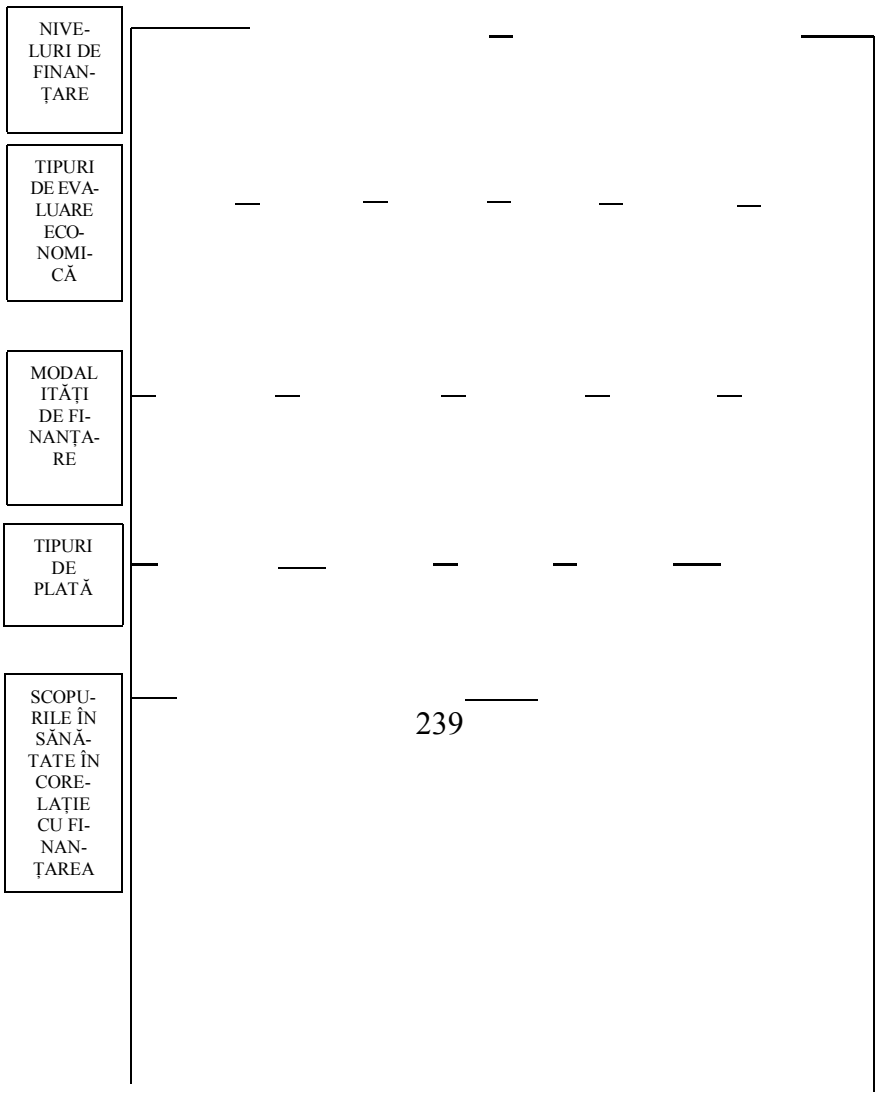


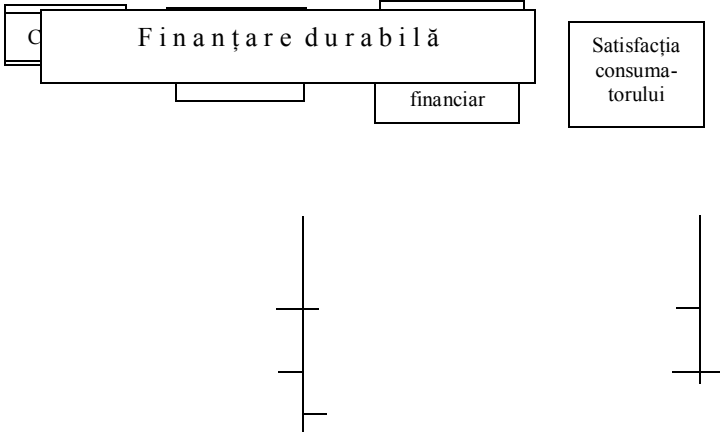
Costul de întreținere a 1 pat/zi	72,8 lei
Alimentarea bolnavului	8,25 lei
Cheltuieli de întreținere	81,05 lei
Durata medie de întreținere	14,0 zile
Costul investigațiilor paraclinice	432,0 lei
Costul medicamentelor	186,83 lei
Costul manipulațiilor	36,0 lei
Costul de întreținere a 1 pat/zi în reanimare	1144,0 lei
Medicamente administrate în reanimare	573,08 lei

Notă: Cazul tratat – media pe profiluri: Chirurgia – 1403 lei; Terapia – 1050 lei; Pulmonologia – 1268 lei; Gastrologia – 1072 lei; Neurologia – 1198 lei; Ginecologia – 628 lei (a. 2004).

Structura logică

Tema: ECONOMIA SANITARĂ ŞI MANAGEMENTUL FINANCIAR ÎN SĂNĂTATE





Tema: MANAGEMENTUL SISTEMULUI SĂNĂTĂŢII

Scopul lecţiei practice: a studia elementele de bază şi conţinutul managementului în sănătate pentru a contribui la optimizarea noului sistem de sănătate.

Argumentarea scopului

Reformele, prin care trece astăzi societatea noastră, concentrează atenţia asupra unui management orientat economic, social, medical, care să permită în final atingerea scopului principal.

Managementul în sănătate tinde să fie pârghia activă de ridicare a nivelului de dezvoltare a sistemului sănătăţii în conformitate cu scopurile şi problemele – îmbunătăţirii sănătăţii populaţiei.

Medicii practicieni, cu trecerea la funcţionarea diverselor forme de organizare a sistemului sănătăţii, este important să cunoască elementele de bază, principiile, metodele şi formele managementului în sănătate, care-i înarmează cu mijloace moderne, eficiente de activitate.

Sarcinile instructiv-didactice:

1. a însuşi principiile şi metodele managementului în sănătate.

2. a studia şi analiza funcţiile şi etapele ciclului managementului în sănătate .

3. a însuşi formele şi ramurile managementului în sănătate.

Metoda efectuării lecţiei:

Lecţia se desfăşoară la catedră. După pregătirea de sine stătătoare a studenţilor, lecţia începe cu controlul iniţial al cunoştinţelor studenţilor, după ce lectorul face corecţia cunoştinţelor în conformitate cu întrebările la temă. În continuare, studenţii îşi împărtăşesc cunoştinţele despre metodele şi formele de management în instituţia medicală, subliniind la concret funcţiile, demonstrează documente, ordine, hotărâri ale consiliului medical.

Întrebări pentru autocontrol

1. Daţi definiţia managementului în sănătate.
2. Când a apărut managementul?
3. Care este scopul managementului în sănătate?
4. Enumeraţi sarcinile managementului în sănătate.
5. Caracterizaţi principiile managementului în sănătate.
6. Care sunt metodele managementului sistemului sănătăţii?
7. Numiţi componenţii de bază ai managementului sistemului de sănătate.
8. Care sunt compartimentele managementului în sănătate?
9. Caracterizaţi funcţiile managementului în sănătate.
10. Numiţi etapele ciclului managementului în sănătate.
11. Numiţi şi caracterizaţi formele structurale ale managementului în sănătate.
12. Care sunt organele de conducere ale sistemului sănătăţii?
13. Însemnătatea climatului moral-psihologic din colectiv.
14. Caracterizaţi relaţiile dintre conducător şi colectiv.

Deprinderi practice

1) a cunoaşte sarcinile şi principiile managementului în sănătate;

2) a cunoaşte metodele şi componenţii de bază ai managementului contemporan;

3) a însuşi procesul de adoptare a hotărârilor pe baza analizei indicilor sănătăţii populaţiei;

4) a însuşi etapele de lucru ale ciclului managementului în sănătate.

Metodele active de instruire ale managerilor sistemului sănătăţii permit însuşirea mai corectă a deprinderilor practice, implementarea în practică a cunoştinţelor acumulate.

Una din metodele instruirii sunt jocurile active, care permit mai întâi să fie controlate cunoştinţele ascultătorilor şi în situaţii condiţionale să se definească problemele concrete şi reale ale managementului sistemului sănătăţii.

Sensul de bază al jocurilor active este imitaţia procesului managerial în toate fazele tehnologice. Jocul activ este procesul de analiză a situaţiei, determinarea problemelor, luarea deciziilor.

Jocurile active ne permit să modelăm situaţiile care apar la diverse niveluri ale managementului şi să decidem în câteva variante una şi aceeaşi problemă.

Scopul principal al jocului activ este însuşirea de către ascultători a deprinderilor practice în soluţionarea problemelor concrete cu care ei se confruntă zilnic.

„Denumirea conducătorului"

Situaţie:Medicul-şef al raionului e bolnav de 3 luni. Conform deciziei medicilor, el va primi grupa a II-a de invaliditate. Dânsul nu va putea să-şi continue serviciul. Funcţia lui de medic-şef este preluată de adjunctul său pentru asistenţa curativă şi profilactică a populaţiei raionului. Se propun 5 candidaturi pentru funcţia de medic-şef, ce ar corespunde cerinţelor.

Situaţia se derulează în câteva etape:

I etapă: din rândurile cursanţilor se alege un grup din 6 persoane (din cei mai bine pregătiţi), care trebuie să formuleze cerinţele ideale pentru un medic-şef al raionului.

Elaborarea modelului presupune caracteristica detaliată de cerinţe a trăsăturilor individuale ale şefului. De asemenea, în model

trebuie să fie concentrate calităţile profesionale, organizatorice, etice ale candidatului.

Aceste cerinţe se transcriu în fişa de expertiză (anexa 1).

În afară de aceasta, din rândurile cursanţilor se formează 5 subgrupe a câte 4 persoane, fiecare elaborând modelul candidatului său.

Pentru orientare, fiecărui grup i se dă câte o fişă cu datele principale de anchetă a candidatului:

– datele statistice despre activitatea instituţiilor medicale din raion;

– datele despre situaţia sistemului sănătăţii în raion.

Toate subgrupurile lucrează independent .

În următoarea etapă a jocului – un juriu din 4 persoane urmăreşte şi analizează capacităţile fiecărui candidat cu modelul **„ideal”.**

Liderii subgrupuilor argumentează capacităţile de pregătire a candidatului lor de a ocupa postul de şef.

Juriul ia decizia referitoare la candidatura cea mai potrivită. Subgrupa, care a înaintat, e învingătoare.

Lectorul face un comentariu referitor la îndeplinirea obiectivelor jocului.

Joc:„MANAGEMENTUL SERVICIULUI SPITALICESC”

În baza exemplului acestui joc se modelează împărţirea funcţiilor şi drepturilor în aparatul managerilor spitalului raional. La începutul jocului, din numărul ascultătorilor se formează trei subgrupe câte 2–3 oameni. Fiecare subgrupă este numită la unităţile: medic-şef al raionului, adjunct asistenţa medicală primară, adjunct serviciul spitalicesc, adjunct probleme economice. În faţa subgrupelor se formulează sarcina de a constata funcţiile managementului serviciului spitaliceşti şi anume: necesitatea populaţiei privind paturile spitaliceşti şi profilaxia lor, constatarea indicatorilor planificaţi de folosire a fondului paturilor spitaliceşti etc.

După cum se ştie, realizarea fiecărei funcţii (după conţinut) se concretizează în următoarele tipuri de activităţi manageriale: – planificare, organizare, coordonare administrare şi control.

De aceea fiecărei subgrupe, după denumirea funcţiei se recomandă să aprecieze locul în realizarea funcţii. Pentru aceasta se recomandă următoarele indicaţii:

I. – hotărâre individuală;

C. – hotărâre colegială;

P. – planificare;

O. – organizare;

Co – coordinaţia;

A. – administrare;

Cn. – control.

Pentru fiecare subgrupă se propune să fie completată matriţa funcţională:

Nr. crt.	Funcţiile managementului	Persoanele în funcţie a echipei manageriale			
		Medicul-şef	Adjunct asistenţa medicală primară	Adjunct asistenţă spitalicească şi specializată	Adjunct problemele economice
1	2	3	4	5	6

Pe verticală în coloniţa doi se înscriu funcţiile managerilor, pe orizontală, tipurile activităţii manageriale în corespundere cu indicatorii recomandaţi.

După completarea matriţelor în grupe, liderul fiecărei grupe pe tablă completează rândurile şi coloniţele şi, totodată, atenţionează asupra despărţirii funcţiilor date şi tipurilor activităţii manageriale pe criteriul realizării lor. În sfârşit, se formează matriţa funcţională de totalizare pe posturi, ascultătorii se împart în două grupe a câte 5 persoane. Fiecare grupă la această etapă completează matriţa pe toate posturile. Dacă poziţiile liderilor sunt diverse, – în joc se include lectorul care trebuie să dovedească corectitudinea unui joc faţă de altul. Lucrul grupelor se evoluează în puncte!

Joc: „DECIZIA MANAGERULUI”

În procesul managementului sistemului sănătății apar situații în care *managemerii* diverselor niveluri trebuie să ia decizii ferme. Elaborarea şi luarea deciziilor este o procedură cheie în activitatea managerului, care apreciază calea de mai departe a procesului managerial şi rezultatul final al activității manageriale.

De aceea cunoaşterea de către ascultători a metodelor de elaborare, luării hotărârii, perfecționarea calității metodelor, argumentarea ştiințifică necesită o atenție deosebită din partea lectorilor catedrei Sănătate publică şi Management la reciclarea conducătorilor instituțiilor medicale. Acest joc prevede instruirea cursanților procesului dinamic, complicat de pregătire, elaborare şi luarea deciziei în realizarea hotărârilor.

În procesul derulării lecțiilor teoretice şi în mersul jocului ascultătorii necesită să ia cunoştință de algoritmul pregătirii şi adoptării decizii.

Blocul-sistem al procesului de pregătire, elaborare şi luare a deciziei

Nr. blocului	Conținutul operației
1	Formularea problemei.
2	Clasificarea (pătrunde sensul) problemei apărute ca urmare a acțiunilor interne sau externe şi deciziile în legătură cu aceste situații.
3	Strategia hotărârii: determinarea scopului activității, determinarea metodei de atingere a scopului, elaborarea criteriilor de a alege hotărârea
4	Determinarea împrejurărilor: pe resurse, pe cadre, pe nivelul organizației, pe tehnologii (procesul curative – profilactic etc.), în timp, eficacitate.
5	Prognosticarea rezultatelor.
6	Etapa pregătitoare: aprecierea locului hotărârii în sistemul managerial, aprecierea funcției manageme către care se atribuie hotărârea, determinarea nivelului la care va fi adoptată decizia, determinarea competenței persoanelor care iau decizia, determinarea drepturilor persoanelor care adoptă hotărârea, determinarea limitelor deciziei.
7	Ciclul informațional: căutarea, colectarea, prelucrarea şi analiza informației.

8	Aprecierea rezultatelor prognosticate.
9	Elaborarea variantelor recomandărilor după elementele hotărârii, analiza comparativă a lor şi alegerea.
10	Elaborarea variantelor hotărârilor, aprecierea variantelor după criteriile determinate, alegerea hotărârilor de totalizare.
11	Formularea hotărârilor şi problemelor îndeplinirii: ce e de făcut? cui cum? unde?când? Cu cine?
12	Perfectarea documentară a deciziei.
13	Organizarea executării hotărârilor: lămurirea hotărârilor în colectiv, mobilizarea acestuia, îndeplinirea hotărârilor, analiza instrucțiunilor pe posturi, coordonare.
14	Control.

Argumentul propus de luare a hotărârilor permite diferite variante de jocuri de a adopta hotărâri la diferite niveluri manageriale. După cum se vede din blocul-schemă, aparenţa problemelor este legată de acțiunile interne şi externe. Posibilitățile de soluționare a acestora depind în mare parte de nivelul de pregătire a sistemului privind rezolvarea problemei date, deci de situația creată.

Tematica lecţiilor practice

Nr. crt.	Denumirea temelor
1	Analiza şi evaluarea indicilor de activitate a instituţiilor de asistenţă medicală primară.
2	Analiza şi evaluarea indicilor activităţii staţionarului.
3	Analiza şi evaluarea indicilor asistenţei medicale acordate gravidelor, parturientelor, lăuzelor şi copiilor.
4	Expertiza medicală a vitalităţii.
5	Planificarea strategică sistemului de sănătate.
6	Economia sanitară şi managementul financiar în sistemul de sănătate.
7	Managementul sistemului sănătăţii.

B. PLANUL TEMATIC AL PRELEGERILOR ŞI LECŢIILOR PRACTICE LA MANAGEMENTUL SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Tematica prelegerilor

Nr. crt.	Denumirea temelor
1	Strategiile şi priorităţile sistemului de organizare a asistenţei medicale în RM. Managementul sistemului de Sănătate (sarcinile, funcţiile, principiile). Teoria deciziei şi factorii determinanţi.

2	Managementul serviciilor asistenţei medicale primare şi de urgenţă.
3	Managementul serviciilor medicale spitaliceşti şi specializate.
4	Managementul serviciilor medicale mamei şi copilului.
5	Organizarea expertizei medicale a vitalităţii.
6	Managementul planificării strategice în sistemul sănătăţii din RM.
7	Economia Sanitară şi managementul financiar în sistemul de sănătate
8	Serviciul sanitaro-epidemiologic şi rolul lui în profilaxia bolilor.

C. INDICATORII DE BAZĂ PENTRU EVALUAREA ACTIVITĂŢII INSTITUŢIILOR MEDICALE PUBLICE

2650 +Structura vizitelor la medici obstetricieni
2660 +Structura vizitelor la medici de familie
2710 +Cazuri noi de invaliditate la 100000 locuitori
2720 +Cazuri noi de invaliditate gradul 1 la 100000 locuitori
2730 +Cazuri noi de invaliditate gradul 2 la 100000 locuitori
2740 +Cazuri noi de invaliditate gradul 3 la 100000 locuitori
3160 +Număr solicitări total la 1000 locuitori
3170 +Număr solicitări localităţi urbane la 1000 locuitori urban
3180 +Număr solicitări localităţi rurale la 1000 locuitori rurali
4030 +Număr cazurilor noi de boli profesionale la 100000 locuitori
5050 +Paturi la 10000 locuitori
5060 +Paturi pentru adulti la 10000 locuitori
5070 +Paturi pentru copii la 10000 locuitori
5100 +Paturi profil terapeutic la 10000 locuitori
5112 Paturi profil chirurgical pentru adulti la 10000 locuitori
5114 Paturi profil chirurgical pentru copii la 10000 locuitori
5127 Paturi traumatologice pentru copii la 10000 locuitori
Durata medie de funcţionare a unui pat pe an
5150 +Paturi profil pediatric la 10000 locuitori
5160 +Paturi profil obstetrical la 10000 locuitori
5172 Paturi genicologice la 10000 locuitori
5292 Letalitatea in spitale raionale şi municipale

5300 +Medici total la 10000 locuitori
5320 +Medici /fara dentişti şi interni/, la 10000 locuitori
5518 Medici- cardiologi,numar absolut
5522 Numărul medicilor- gastroenterologi la 10000 locuitori
5530 +Numărul medicilor de familie la 10000 locuitori
5560 +Numărul medicilor organizatori ai ocrotirii sănătăţii la 10000 locuitori
5580 +Numărul medicilor traumatologi-ortopezi la 10000 locuitori
5600 +Numărul medicilor-oncologi la 10000 locuitori
5650 +Numărul medicilor obstetricieni-ginecologi la 10000 locuitori
5660 +Numărul medicilor profil pediatric la 10000 locuitori
5665 Numărul medicilor-pediatri la 10000 locuitori
5690 +Numărul medicilor-psihiatri la 10000 locuitori
5692 Numărul medicilor psihiatri-narcologi la 10000 locuitori
5750 +Numărul medicilor ai serviciului sanitaro-epidemiologic la 10000 locuitori
5760 +Numărul medicilor epidemiologi-parazitologi, dezinfectionisti la 10000 locuitori
6010 +Numărul de bolnavi internati în stationar la 1000 locuitori
6020 +Numărul de copii internati ân stationar la 1000 locuitori
6100 +Durata medie de spitalizare-total
6220 +Bolnavi externaţi din spital la 100000 locuitori
6232 Bolnavi externaţi din spital tumori la 100000 locuitori
6239 Bolnavi externaţi din spital tulburari mentale şi de comportament
7000 + Numărul de avorturi la 1000 născuţi vii
7002 Numărul de avorturi pâna la 20 ani la 1000 născuţi vii
7010 +Gravide luate la evidenţă cu sarcina până la 12 saptmâni(%)
7011 Din numărul de gravide au suferit de toxicoze (%)
7012 Din numărul de gravide au suferit de boli extragenitale (%)
7040 +Numărul de naşteri în afară maternităţii
7090 +Rata incidenţei nou-născuţilor total(la 1000 născuţi vii)
7100 +Rata incidenţei nou-născuţilor născuţi la termen (la 1000 născuţi vii)

7130 +Rata incidenţei nou-născuţilor, născuţi prematuri(la 1000 născuţi vii)
7160 +Rata incidenţei copii în primul an de viaţă total (la 1000 copii)
7170 +Rata incidenţei copii în primii 5 ani de viaţă total (la 1000 copii)
7180 +Invaliditatea copiilor total (la 1000 copii)

D. DOCUMENTE LEGISLATIVE

LEGEA REPUBLICII MOLDOVA
OCROTIRII SĂNĂTĂŢII

Nr.411-XIII din 28.03.95

(„Monitorul Oficial al R. Moldova”, nr.34 din 22.06.1995)

Parlamentul adoptă prezenta lege organică.

{New} [Alin.1 complet. prin Legea nr.577-XV din 26.12.2003]

CAPITOLUL I

Dispoziţii generale

Articolul 1. Legislaţia privind ocrotirea sănătăţii
(1) Legislaţia privind ocrotirea sănătăţii se bazează pe Constituţie şi constă din prezenta lege şi din alte acte normative.

(2) Încălcarea legislaţiei privind ocrotirea sănătăţii, a normelor şi regulilor sanitar-igienice şi antiepidemice se pedepseşte conform legislaţiei in vigoare.

Articolul 2. Structura şi principiile fundamentale ale sistemului de ocrotire a sănătăţii

Sistemul de ocrotire a sănătăţii este constituit din unităţi curativ-profilactice, sanitaro-profilactice, sanitaro-antiepidemice, farmaceutice şi de altă natura, având la bază următoarele principii:

a) conducerea descentralizată;

b) responsabilitatea autorităţilor administraţiei publice centrale şi locale, unităţilor economice şi a factorilor de decizie pentru promovarea politicii statului în domeniul asigurării sănătăţii populaţiei;

c) responsabilitatea organelor şi instituţiilor medico-sanitare pentru accesibilitatea, oportunitatea, calitatea şi volumul prestaţiilor medico-sanitare, pentru calitatea pregătirii profesionale şi perfecţionarea calificării personalului medico-sanitar şi farmaceutic;

d) utilizarea realizărilor ştiinţei, tehnicii şi practicii medicale moderne în activitatea instituţiilor medico-sanitare;

e) apărarea drepturilor personalului medico-sanitar şi controlul asupra exercitării obligaţiunilor lui profesionale;

f) orientarea profilactică a asigurării sănătăţii populaţiei în toate sferele de activitate vitala;

g) diversitatea formelor de asistenţă medicală (de stat, prin asigurare, privata);

h) garantarea de către stat în apărarea intereselor populaţiei în domeniul ocrotirii sănătăţii prin sistemul asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală, acordarea de asistenţă medicală primară de către medicii de familie, de asistenţă medicală urgentă la etapa prespitalicească, de asistenţă medicală spitalicească, în limitele şi în volumul stabilit;

i) libertatea pacientului de a alege medicul de familie şi instituţia medicală primară.

[Lit. h), i) in red. Legii Nr 173-XV din 10.04.2003]

j) responsabilitatea fiecărei persoane pentru sănătatea sa.

Articolul 3. Orientarea profilactică a asigurării sănătăţii populaţiei

(1) Profilaxia este principiul fundamental în asigurarea sănătăţii populaţiei.

(2) Autorităţile administraţiei publice, unităţile economice sunt obligate să ia măsuri sociale şi medicale orientate spre profilaxia primară a maladiilor, în special spre salubritatea mediului înconjurător, spre crearea şi menţinerea unor condiţii igienice favorabile de viaţă şi de muncă, spre menţinerea şi ocrotirea sănătăţii populaţiei, a unor categorii ale ei (femei, copii, bătrâni), spre propagarea odihnei active şi a culturii fizice de masă, spre alimentarea raţională şi educaţia sanitară a populaţiei.

Articolul 4. Instituţiile medico-sanitare

(1) Instituţiile medico-sanitare pot fi publice sau private, cu excepţia celor care, în conformitate cu legislaţia în vigoare, nu pot fi decât publice.

(2) Instituţia medico-sanitară publică se instituie prin decizia Ministerului Sănătăţii sau a autorităţii administraţiei publice locale. Instituţia medico-sanitară publică departamentală se instituie prin decizia autorităţii centrale de specialitate.

(3) Persoanele fizice şi cele juridice au dreptul sa fondeze instituţii medico-sanitare (curative, profilactice, epidemiologice, farmaceutice şi de altă natură) şi poartă răspundere pentru asigurarea lor financiară şi tehnico-materială, pentru organizarea de asistenţă medicală şi pentru calitatea ei, conform legislaţiei în vigoare.

(4) Regulamentele şi nomenclatorul instituţiilor medico-sanitare, indiferent de tipul de proprietate şi forma juridica de organizare, sunt aprobate de Ministerul Sănătăţii, cu excepţia celor ale organelor de drept şi ale organelor militare.

[Art. 4 in red. Legii № 173-XV din 10.04.2003]

Articolul 5. Subordonarea unităţilor din sistemul de ocrotire a sănătăţii.

(1) Instituţiile de învăţământ de stat, instituţiile de cercetări ştiinţifice din sistemul de ocrotire a sănătăţii, precum şi spitalele,

dispensarele republicane şi alte instituţii republicane de asigurare a sănătăţii, se află în subordinea Ministerului Sănătăţii. Celelalte insti-tuţii medico-sanitare se subordonează Ministerului Sănătăţii şi auto-rităţilor administraţiei publice locale.

(2) Instituţiile departamentale curativ-profilactice, sanitaro-antiepidemice şi de altă natură se subordonează departamentelor respective. În plan metodic, de control al calităţii asistentei medicale şi de atestare a cadrelor instituţiile respective sunt subordonate Ministerului Sănătăţii. În circumstanţe extraordinare de izbucnire a unor maladii de masă, instituţiile medico-sanitare nominalizate vor acorda, conform deciziei Guvernului, asistenţa medicală sinistraţilor. În perioada de răspândire a maladiilor transmisibile toate centrele de igienă şi antiepidemice sunt obligate să-şi coordoneze activitatea cu Ministerul Sănătăţii.

(3) Unităţile medico-sanitare private şi persoanele, care exercită independent profesiunea medico-sanitara, se supun autorităţilor administraţiei publice locale, Ministerului Sănătăţii, altor organe şi organizaţii, în condiţiile legii.

Articolul 6. Competenta autorităţilor administraţiei publice locale în domeniul asigurării sănătăţii populaţiei

Autorităţile administraţiei publice locale, pe teritoriul din subordine:

a) exercită controlul executării legislaţiei privind ocrotirea sănătăţii;

b) îndrumă activitatea instituţiilor medico-sanitare publice şi organizează asigurarea lor financiară şi materiala, numesc şi revocă, în condiţiile legii, şefii acestora, de comun acord cu Ministerul Sănătăţii;

[Lit. b) complet. prin Legea Nr 173-XV din 10.04.2003]

c) acţionează în vederea organizării educaţiei sanitare a populaţiei, dezvoltării reţelei de instituţii medico-sanitare şi întăririi bazei lor tehnico-materiale;

d) organizează controlul asupra salubrităţii şi radiaţiei mediului înconjurător, asupra respectării regulilor sanitare, iau masuri pre-

ventive împotriva maladiilor sociale şi transmisibile, epidemiilor, epizootiilor, întreprind acţiuni pentru lichidarea lor;

e) organizează acordarea de asistenţă medicală populaţiei, stabilesc, în limitele competenţei, înlesniri şi ajutoare pentru ocrotirea mamei şi a copilului, pentru îmbunătăţirea condiţiilor de trai ale familiilor cu mulţi copii;

f) stabilesc volumul de cheltuieli pentru întreţinerea instituţiilor medico-sanitare, acordă ajutoare suplimentare unor categorii ale populaţiei;

g) informează populaţia despre pericolul ce o ameninţă în cazul avariilor ecologice şi despre masurile ce se iau pentru lichidarea urmărilor acestora;

h) înaintează cereri privind suspendarea sau sistarea activităţii unităţilor economice, indiferent de tipul de proprietate şi forma de organizare juridică, ce încălcă regulile sanitare şi alte prevederi ale legislaţiei;

i) asigură controlul asupra respectării în unităţile economice a regulilor de protecţie a muncii, securităţii tehnice, normelor sanitare de producţie;

j) iau măsuri excepţionale, în condiţiile legii, pentru asigurarea sănătăţii şi salvarea vieţii oamenilor în situaţii extremale, în perioada de lichidare a urmărilor cataclismelor naturale şi antropogene, precum şi în procesul de combatere a epidemiilor si epizootiilor;

k) stabilesc reguli de exploatare a instalaţiilor de alimentare cu apă potabilă şi menajeră;

l) stabilesc zonele de protecţie sanitară a apelor, îngrădesc sau interzic unităţilor economice utilizarea tehnică a apei potabile din apeducte;

m) participă la aprecierea calităţii de staţiune balneară a localităţii;

n) exercită controlul asupra tutelei şi curatelei persoanelor majore recunoscute, în condiţiile legii, incapabile sau cu capacitate restrânsă;

o) stabilesc timpul de păstrare a liniştii în locurile publice;

p) exercită alte funcţii pentru asigurarea sănătăţii populaţiei.

Articolul 7. Finanţarea ocrotirii sănătăţii.

(1) Mijloacele financiare ale instituţiei medico-sanitare publice provin din fondurile asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală (în bază de contract de asistenţă medicală încheiat cu Compania Naţionala de Asigurări în Medicina sau cu agenţiile ei teritoriale), din sursele bugetare, din serviciile prestate contra plată, din donaţii, granturi şi sponsorizări, din alte surse financiare permise de legislaţie.

(2) Activitatea instituţiilor medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală se desfăşoară pe principiul de autofinanţare, de non-profit.

(3) Pentru susţinerea financiară a unor măsuri organizatorice se instituie un fond extrabugetar al Ministerului Sănătăţii, ale cărui mijloace vor proveni din defalcarea a 2% din veniturile obţinute prin prestarea de servicii medicale contra plată de către centrele de medicină preventivă şi Institutul Naţional de Farmacie şi defalcarea a 1% din veniturile obţinute prin pregătirea şi reciclarea cadrelor medicale pe bază de contract. Mijloacele acumulate se vor folosi la editarea documentelor de directivă şi materialelor instructiv-metodice, la organizarea unui sistem informaţional şi de comunicaţie, la acordarea de burse nominale ale Ministerului Sănătăţii, de burse studenţilor din familii socialmente vulnerabile, la decernarea de premii în cadrul concursurilor dintre instituţiile medico-sanitare, de premii pentru raţionalizări şi invenţii, la organizarea de conferinţe ştiinţifico-practice şi participarea la ele, la susţinerea financiară a revistelor medicale, al căror fondator este Ministerul Sănătăţii.

[Art. 7 in red. Legii Nr 173-XV din 10.04.2003]

CAPITOLUL II

Exerciţiul profesiunilor medico-sanitare şi farmaceutice

Articolul 8. Autorizarea exerciţiului profesiunilor medico-sanitare şi farmaceutice

(1) Exercițiul profesiunilor medico-sanitare şi farmaceutice este autorizat titularilor unei diplome, unui atestat sau certificat eliberat de o instituție de învățământ superior sau mediu de specialitate respectiva din republică ori din străinătate.

(2) Exercițiul profesiunilor medico-sanitare şi farmaceutice poate fi independent (libera practica) sau dependent.

(3) Exercițiul profesiunilor medico-sanitare şi farmaceutice este supravegheat de Ministerul Sănătății.

(4) Exercițiul ilegal al profesiunilor medico-sanitare şi farmaceutice este pedepsit conform legislației în vigoare.

Articolul 9. Modul de autorizare a exercițiului profesiunilor medico-sanitare şi farmaceutice

(1) Modul de autorizare a exercițiului profesiunilor medico-sanitare şi farmaceutice este stabilit de Ministerul Sănătății.

(2) Persoanele fizice şi juridice pot exercita independent sau dependent profesiuni medico-sanitare şi farmaceutice numai în bază de licență, eliberată de Camera de Licențiere. Profesiunile şi genurile de asistență medico-sanitară şi farmaceutică, al căror exercițiu este interzis lucratorilor medicali şi farmaceutici cu liberă practică, sunt stabilite de Ministerul Sănătății.

[Alin. (2) modif. prin Legea Nr.333-XV din 24.07.2003]

(3) Persoanele care nu au exercitat profesiuni medico-sanitare şi farmaceutice mai mult de 3 ani şi care doresc să le exercite îşi vor actualiza cunoştințele în instituții de perfecționare sau în alte instituții, urmând să li se autorizeze ulterior exercițiul profesiunilor medico-sanitare sau farmaceutice, în modul stabilit.

(4) Cetățenii străini şi apatrizii beneficiază în egală măsură de aceleaşi drepturi în autorizarea exercițiului profesiunilor medico-sanitare şi farmaceutice ca şi cetățenii Republicii Moldova.

(5) Diplomele, atestatele sau certificatele obținute în străinătate pot fi echivalate, de către Ministerul Sănătății, celor din republică pentru exercițiul unei profesiuni medico-sanitare şi farmaceutice, dacă tratatele şi acordurile internaționale la care Republica Moldova este parte nu prevăd altfel.

Articolul 10. Perfecționarea cunoştințelor profesionale

(1) Lucratorii medico-sanitari şi farmaceutici au dreptul şi sunt obligaţi să-şi perfecţioneze continuu cunoştinţele profesionale.

(2) După absolvirea instituţiilor de învăţământ superior medicii şi farmaciştii fac o pregătire postdiplomă, de regulă, gratuit.

(3) De competenţa organelor de ocrotire a sănătăţii ţine organizarea reciclării, o dată la 5 ani, a lucratorilor medico-sanitari şi farmaceutici în instituţii sau facultăţi de perfecţionare, în alte insti-tuţii din republică şi străinătate.

(4) Şefii de organe în instituţii de ocrotire a sănătăţii sunt obligaţi să creeze lucratorilor medico-sanitari şi farmaceutici condiţii pentru perfecţionarea cunoştinţelor profesionale.

(5) Modul de atestare a lucrătorilor medico-sanitari şi farmaceutici este stabilit de Ministerul Sănătăţii.

Articolul 11. Înlesnirile pentru lucrătorii medico-sanitari şi farmaceutici.

Lucratorilor medico-sanitari şi farmaceutici li se stabilesc înlesniri, conform legislaţiei în vigoare.

Articolul 12. Recompensele pentru lucrătorii din domeniul ocrotirii sănătăţii.

Pentru distincţie în exerciţiul profesiunii lucrătorii din domeniul ocrotirii sănătăţii primesc recompense, conform legislaţiei în vigoare.

Articolul 13. Obligaţiunile şi drepturile profesionale ale lucrătorilor medico-sanitari şi farmaceutici, apărarea drepturilor, onoarei şi demnităţii lor.

(1) Obligaţiunile şi drepturile profesionale fundamentale ale lucratorilor medico-sanitari şi farmaceutici sunt stabilite de legislaţia în vigoare.

(2) Drepturile profesionale, onoarea şi demnitatea medicilor, farmaciştilor şi altor lucratori medicali sunt ocrotite de lege.

(3) Modul de apărare a drepturilor din exerciţiul profesiunii, de reparare a prejudiciului adus lucratorilor medico-sanitari şi farmaceutici este stabilit de lege.

Articolul 14. Obligaţiunile profesionale generale şi răspunderea pentru încălcarea lor.

(1) Medicii, alţi lucrători medico-sanitari, farmaciştii sunt obligaţi să păstreze secretul informaţiilor referitoare la boală, la viaţa intimă şi familială a pacientului de care au luat cunoştinţă în exerciţiul profesiunii, cu excepţia cazurilor de pericol al răspândirii maladiilor transmisibile, la cererea motivată a organelor de urmărire penală sau a instanţelor judecătoreşti.

[Alin. (1) modif. prin Legea Nr. 206-XV din 29.05.2003]

(2) Şefii de instituţii medico-sanitare sunt obligaţi să comunice organelor de ocrotire a sănătăţii informaţii privind morbiditatea populaţiei, în interesul ocrotirii sănătăţii ei, precum şi informaţii organelor de urmărire penală şi instanţelor judecătoreşti, la cererea lor motivată.

[Alin. (2) modif. prin Legea Nr 206-XV din 29.05.2003]

[Alin.(1) si (2) în redacţia Legii nr.1009-XIII din 22.10.96]

(3) Lucratorii medico-sanitari şi farmaceutici poartă răspundere pentru incompetenţa profesională şi încălcare a obligaţiunilor profesionale, conform legislaţiei în vigoare.

Articolul 15. Dreptul la apărare contra intervenţiei în exerciţiul profesiunii.

Lucratorii medico-sanitari şi farmaceutici au dreptul la apărare contra intervenţiei unor persoane şi autorităţi ale administraţiei publice, în exerciţiul profesiunii, excepţie făcând cazurile de culpă profesională.

Articolul 16. Dreptul la asociere.

(1) Lucrătorii medico-sanitari şi farmaceutici se pot asocia în organizaţii, ligi, uniuni, societăţi profesionale şi în alte asociaţii pentru a-şi apăra drepturile profesionale şi sociale.

(2) Modul de asociere a lucratorilor medico-sanitari şi farmaceutici în organizaţii profesionale şi sociale este stabilit de legislaţia în vigoare.

CAPITOLUL III

Drepturile si obligaţiunile populaţiei în asigurarea sănătăţii

Articolul 17. Dreptul la asigurarea sănătății

(1) Locuitorii republicii au dreptul la asigurarea sănătății, fără deosebire de naționalitate, rasă, sex, apartenență socială şi religie.

(2) Acest drept este asigurat prin păstrarea fondului genetic al țării, prin crearea de condiții de viață şi muncă, prin garantarea unei asistențe medicale calificate, acordate în conformitate cu exigențele medicinei moderne, precum şi prin apărarea juridică a dreptului la ocrotirea sănătății şi la repararea prejudiciului cauzat sănătății.

(3) Păstrarea fondului genetic al țării este garantată printr-un complex de măsuri de asigurare a sănătății populației, prin prevenirea îmbolnăvirilor, dezvoltarea potențialului economic, social şi cultural al republicii, prin salubritatea mediului înconjurător. În acest scop se efectuează, la nivel interdepartamental, investigații fundamentale şi aplicate privitoare la starea fondului genetic în funcție de situația ecologică, se iau măsuri de profilaxie şi de tratament pentru persoanele cu anomalii congenitale de dezvoltare şi patologii, se prognozează tendințele de schimbare a tipului genetic al omului.

Articolul 18. Educația sanitară a populației.

(1) Pentru a-şi asigura sănătatea, locuitorii republicii trebuie să posede cunoştințe despre modul de viață sănătos, igiena individuală, alimentația rațională, prevenirea naşterii de copii handicapați, a maladiilor, despre inadmisibilitatea abuzului de medicamente, despre simptomele bolilor şi acordarea de prim ajutor medical, despre daunele alcoolului, stupefiantelor şi substanțelor psihotrope.

(2) Unitățile Ministerului Sănătății, alte ministere şi departamente, autoritățile administrației publice locale, unitățile economice sunt obligate să contribuie la educația sanitară a populației.

Articolul 19. Dreptul la repararea prejudiciului adus sănătății.

(1) Orice persoană are dreptul la repararea prejudiciului adus sănătății de factori nocivi generați prin încălcarea regimului autiepidemic, regulilor şi normelor sanitar-igienice, de protecție a muncii, de circulație rutieră, precum şi de acțiunile rău-intenționate ale unor alte persoane.

(2) Persoana poate ataca acţiunile şi hotărârile nelegitime ale organelor de stat şi ale factorilor de decizie care i-au prejudiciat sănătatea.

(3) Pacienţii, organele de asigurare medicală au dreptul la repararea prejudiciilor aduse pacienţilor de instituţiile medico-sanitare prin necesitatea normelor de tratament medical, prin prescrierea de medicamente contraindicate sau prin aplicarea de tratamente necorespunzătoare care agravează starea de sănătate, provoacă infirmitate permanentă, periclitează viaţa pacientului sau se soldează cu moartea lui.

(4) Daca îmbolnăvirile şi traumele sunt generate de încălcarea regulilor de protecţie a muncii, regulilor de circulaţie rutieră, a ordinii de drept, de abuzul de băuturi alcoolice, de folosirea substanţelor narcotice şi toxice, precum şi de încălcarea flagrantă a regimului de tratament, organele de asigurare medicală pot percepe, conform legii, persoanelor vinovate costul asistenţei medicale.

CAPITOLUL IV

Asistenţa medicală

Articolul 20. Dreptul la asistenta medicală.

(1) Cetăţenilor Republicii Moldova, indiferent de veniturile proprii, li se oferă posibilităţi egale în obţinerea de asistenţă medicală oportună şi calitativă în sistemul asigurărilor obligatorii de asistentă medicală. Asigurarea obligatorie de asistenţă medicală reprezintă un sistem, garantat de stat, de apărare a intereselor populaţiei în domeniul ocrotirii sănătăţii prin constituirea, din contul primelor de asigurare, a unor fonduri băneşti destinate acoperirii cheltuielilor de tratare a stărilor condiţionate de survenirea evenimentelor asigurate (maladie sau afecţiune).

[Alin. (1) in red. Legii Nr. 173-XV din 10.04.2003]

(2) Statul, în conformitate cu prevederile Constituţiei, garantează minimul asigurării medicale gratuite cetăţenilor Republicii Moldova, care cuprinde:

a) măsurile profilactice antiepidemice şi serviciile medicale în limita programelor naţionale prevăzute în bugetul de stat;

b) asistenţă medicală la etapa prespitalicească, în caz de urgenţe medico-chirurgicale majore ce pun în pericol viaţa persoanei;

c) asistenţa medicală primară acordată de către medicul de familie, care cuprinde: examenul clinic (subiectiv şi obiectiv), cu recomandarea investigaţiilor şi tratamentului;

d) asistenţa medicală, prevăzută în Programul unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală, persoanelor asigurate, inclusiv celor neangajate în câmpul muncii, pentru care plătitor al primelor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală este statul.

{New}[Alin. (2) in red. Legii N 577-XV din 26.12.2003]

(3) Asistenţă medicală prevăzută la alin.(2) lit.b)-d) se realizează în limita mijloacelor financiare ale fondurilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală, constituite în modul stabilit de legislaţie.

{New}[Alin.(2) in red. Legii Nr. 577-XV din 26.12.2003]

Articolul 21. Tipurile de asistenţă medicală, modul lor de acordare.

(1) Asistenţă medicală structurată pe principiul familial-individual se acordă, de regulă, în unităţi de asistenţă medicală primară (puncte medicale deservite de felceri şi moaşe, spitale de sector şi ambulatorii policlinici, dispensare din instituţii medico-sanitare departamentale, servicii de asistenţă medicală urgentă).

(2) În caz de necesitate, populaţia rurală primeşte asistenţă medicală acordată în spitale republicane şi orăşeneşti, precum şi de serviciile medicale itinerare şi de aviaţia sanitară.

(3) Asistenţa de ambulator şi de policlinică este asigurată la puncte medicale deservite de felceri şi moaşe, în ambulatorii, spitale de sector, dispensare, policlinici, instituţii medico-sanitare departamentale, iar în caz de necesitate, la centre de diagnosticare şi în alte instituţii medico-sanitare.

Articolul 22. Acordarea de concedii medicale.

(1) Persoanelor încadrate în unităţi economice cu orice tip de proprietate şi formă de organizare juridică li se acordă concedii medicale în caz de boală, traume şi în alte cazuri prevăzute de lege.

(2) Certificatele de concediu medical sunt eliberate în modul stabilit.

Articolul 23. Consimţământul pentru prestaţii medicale.

(1) Consimţământul pacientului este necesar pentru orice prestaţie medicală propusă (profilactică, diagnostică, terapeutică, recuperatorie).

(2) În lipsa unei opoziţii manifeste, consimţământul se presupune pentru orice prestaţie care nu prezintă riscuri importante pentru pacient sau care nu este susceptibilă să-i prejudicieze intimitatea.

(3) Consimţământul pacientului incapabil de discernământ este dat de reprezentantul său legal; în lipsa acestuia, de ruda cea mai apropiată.

(4) Consimţământul pacientului incapabil de discernamânt, fie temporar, fie permanent, este presupus în caz de pericol de moarte iminentă sau de ameninţare gravă a sănătăţii sale.

(5) Dispoziţiile alin. (1), (2), (3), (4) se aplică pacienţilor care au împlinit vârsta de 16 ani.

(6) Daca pacientul are mai puţin de 16 ani, consimţământul este dat de reprezentantul său legal. În caz de pericol de moarte iminentă sau de ameninţare gravă a sănătăţii, prestaţia medicală se poate desfăşura şi fără consimţământul reprezentantului legal.

(7) Consimţământul sau refuzul pacientului ori al reprezentantului său legal se atestă în scris prin semnătura medicului curant sau a completului în componenta echipei de gardă, în cazuri excepţio-nale, prin semnătura conducerii instituţiei medico-sanitare.

Articolul 24. Asistenţă medicală în cazuri de urgenţă şi în cazuri extremale.

(1) Peroanele sunt asigurate cu asistenţă medicală urgentă în caz de pericol pentru viaţă (accidente, îmbolnăviri acute grave etc.).

(2) Se acordă asistenţă medicală urgentă prin servicii speciale (staţii şi secţii de salvare, aviaţia sanitară, spitale de urgentă, alte unităţii de salvare) în modul stabilit de Ministerul Sănătăţii.

(3) Asistenţa medicală urgentă se acordă şi de instituţiile medico-sanitare proxime, indiferent de tipul de proprietate şi forma de organizare juridică.

(4) Lucratorii medico-sanitari şi farmaceutici sunt obligaţi să acorde primul ajutor medical de urgentă în drum, pe stradă, în alte locuri publice şi la domiciliu, în orice oră de zi sau noapte. În caz de accidente, primul ajutor medical trebuie să fie acordat şi de lucrătorii poliţiei, ai serviciului de pompieri, de conducătorii auto.

(5) Neacordarea de asistenţă medicală urgentă fără motive întemeiate, la fel şi chemarea ei falsă, sunt pedepsite conform legii.

(6) Orice persoană care este de faţă la producerea unei accidentări sau îmbolnăviri grave este obligată să acorde primul ajutor în limita posibilităţilor sale, să anunţe instituţia medico-sanitară proximă, să ajute personalului medico-sanitar la acordarea de prim ajutor, să dea vehiculele de care dispune pentru transportarea gratuită a accidentaţilor sau bolnavilor la instituţia medico-sanitară proximă. Identic se procedează şi în cazul femeilor gravide care necesită asistenţă medicală urgentă.

(7) Transportarea la instituţia medico-sanitară a persoanei care s-a îmbolnăvit la locul de muncă se efectuează cu vehicul din contul unităţii economice respective.

(8) Dacă viaţa pacientului este în pericol, medicul sau un alt lucrător medical poate folosi gratuit, în modul stabilit, orice tip de vehicul pentru a se deplasa la bolnav sau pentru a-l transporta la instituţia medico-sanitară proximă.

(9) Persoanelor le este garantată asistenţă medicală în situaţii extremale (calamităţi, catastrofe, avarii, îmbolnăviri şi intoxicaţii de masă, iradiere cu raze ionizante şi neionizante, poluare abundentă a mediului etc.). Acordarea de asistenţă medicală în astfel de cazuri este efectuată de instituţii medico-sanitare teritoriale şi de brigăzi speciale de mobilizare permanentă, formate de Ministerul Sănătăţii.

Articolul 25. Dreptul la libera alegere a medicului şi a formei de asistenţă medicală.

(1) Cetăţenii Republicii Moldova au dreptul la libera alegere a medicului şi a formei de asistenţă medicală.

(2) Alegerea medicului în instituţiile medico-sanitare publice se efectuează în modul stabilit.

(3) Cetăţenii Republicii Moldova au dreptul să solicite asistenţă medicală instituţiilor medico-sanitare cu orice tip de proprietate şi formă de organizare juridică, atât din ţară, cât şi din străinătate, în conformitate cu tratatele şi acordurile internaţionale la care Republica Moldova este parte.

Articolul 26. Asigurarea obligatorie de asistenţă medicală cetăţenilor străini şi apatrizilor

(1) Asigurarea obligatorie de asistenţă medicală a cetăţenilor străini şi apatrizilor care intră în Republica Moldova se realizează la trecerea de către ei a frontierei de stat sau la eliberarea vizei.

(2) Cetăţenii străini şi apatrizii aflaţi în Republica Moldova au în domeniul asigurării obligatorii de asistenţă medicală aceleasi drepturi ca şi cetăţenii Republicii Moldova, dacă tratatele internaţionale nu prevăd altfel.

(3) Condiţiile asigurării obligatorii de asistenţă medicală a cetăţenilor străini şi apatrizilor se elaborează şi se aprobă de Guvern.

[Art. 26 in red. Legii Nr. 173-XV din 10.04.2003]

Articolul 27. Dreptul la informaţii despre starea sănătăţii.

(1) Pacientul şi rudele sale au dreptul să fie informaţi despre starea sănătăţii acestuia.

(2) În timpul examenului medical şi al tratamentului pacientul are dreptul la informaţii despre procedurile medicale ce i se aplică, despre riscul lor potenţial şi eficacitatea terapeutică, despre metodele de alternativă, precum şi despre diagnosticul, prognosticul şi mersul tratamentului, despre recomandările profilactice. Pacientul are dreptul să consulte datele obiective, înscrise în fişa de observaţie medicală sau în alte documente, care îl privesc. În cazul în care s-ar putea produce deteriorarea gravă a stării fizice sau psihice a pacien-

tului sau compromiterea rezultatelor tratamentului, informaţiile de mai sus vor fi date unei persoane apropiate bolnavului.

(3) Pacientul are dreptul să primească aceste informaţii în scris. Modul lor de furnizare este stabilit de Ministerul Sănătăţii.

Articolul 28. Aplicarea metodelor de profilaxie, diagnostic şi tratament, precum şi a medicamentelor.

(1) În practica medicală sunt aplicate metodele de profilaxie, diagnostic şi tratament, precum şi medicamente, permise de Ministerul Sănătăţii.

(2) Cu consimţământul scris al pacientului capabil de raţionament lucid şi cu discernământul păstrat ori cu consimţământul scris al părinţilor, tutorelui sau curatorului pacientului care nu a atins vârsta de 16 ani sau al bolnavului psihic, medicul poate aplica noi metode de profilaxie, diagnostic şi tratament, precum şi noi medicamente, fundamentate ştiinţific, dar încă neadmise pentru aplicare în masă.

(3) Modul de aplicare a noi metode de profilaxie, diagnostic şi tratament, precum şi de noi medicamente, fundamentate ştiinţific, dar încă neadmise pentru aplicare în masă, este stabilit de Ministerul Sănătăţii.

Articolul 29. Donarea de sânge.

(1) Donarea de sânge înseamnă oferirea unei cantităţi din sângele propriu pentru asigurarea sănătăţii unei alte persoane.

(2) Modul donării de sânge, statutul juridic al donatorilor de sânge, garanţiile de muncă şi garanţiile sociale, drepturile şi înlesnirile lor, responsabilitatea organelor de stat, a instituţiilor medico-sanitare pentru prejudiciul cauzat sănătăţii donatorilor, a unităţilor economice şi a organizaţiilor publice pentru dezvoltarea mişcării donării de sânge sunt stabilite de legislaţia în vigoare.

Articolul 30. Prelevarea şi transplantul de ţesuturi şi organe umane.

Prelevarea şi transplantul de ţesuturi şi organe umane se fac numai în instituţii medico-sanitare publice, conform normelor stabilite de legislaţia în vigoare.

Articolul 31. Sterilizarea chirurgicală voluntară

(1) Sterilizarea chirurgicală voluntară la femei şi la bărbaţi poate fi efectuată la dorinţa lor sau la indicaţia medicului cu consimţământul scris al persoanei numai în instituţii medico-sanitare publice în cazurile şi în modul stabilit de Ministerul Sănătăţii.

(2) Efectuarea sterilizării chirurgicale de către persoane fără studii medicale corespunzătoare, precum şi în instituţii medico-sanitare nespecializate, se pedepseşte conform legii.

Articolul 32. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii.

(1) Femeilor li se acordă dreptul să-şi hotărască personal problema maternităţii.

(2) Operaţia de întrerupere a cursului sarcinii poate fi efectuată până la sfârşitul primelor 12 săptămâni de sarcină numai în instituţii medico-sanitare publice.

(3) Modul de efectuare a acestei operaţii după primele 12 săptămâni de sarcină este stabilit de Ministerul Sănătăţii.

Articolul 33. Fecundarea artificială şi implantarea embrionului.

(1) Fecundarea artificială şi implantarea embrionului se efectuează în instituţii medico-sanitare publice în modul stabilit.

(2) Problemele legate de consecinţele juridice ale fecundării artificiale şi implantării embrionului sunt reglementate de legislaţia în vigoare.

Articolul 34. Încetarea acordării asistenţei medicale.

(1) Rugămintea pacientului de a i se scurta viaţa prin mijloace medicale (eutanasie) nu poate fi satisfăcută.

(2) Aparatura medicală care menţine viaţa pacientului în caz extremal poate fi deconectată numai după constatarea morţii creierului.

(3) Modul de constatare a morţii şi de luare a deciziei de deconectare a aparaturii medicale este stabilit de legislaţia în vigoare.

(4) Pacientul are dreptul de a primi sau de a refuza ajutorul spiritual şi moral, inclusiv din partea unui slujitor al religiei sale. Pacientul are dreptul să moară în demnitate.

Articolul 35. Asistenţa medicală de recuperare şi asistenţă medicală balneară.

(1) Asistenţă medicală de recuperare se acordă în instituţii medico-sanitare specializate publice, cooperatiste şi particulare.

(2) Unităţile medico-sanitare de recuperare, serviciile medicale din staţiunile balneare, sanatoriile şi preventoriile cu rol recuperator, alte unităţi şi servicii medicale de recuperare se organizează în zone cu factorii naturali de cură în scopul recuperării integrale a bolnavilor, fortificării sănătăţii şi restabilirii capacităţii lor de muncă.

(3) Indicaţiile şi contraindicaţiile tratamentului ambulator şi în staţionar la toate staţiunile balneare sunt stabilite de Ministerul Sănătăţii.

(4) Sistemul triajului medical şi modul de trimitere a bolnavilor la tratament balneo-sanatorial sunt stabilite de Ministerul Sănătăţii, de comun acord cu Consiliul Federaţiei Sindicatelor Independente din Moldova.

(5) Considerarea unei localităţi ca staţiune balneară, stabilirea hotarelor zonelor ei de protecţie sanitară şi determinarea regimului acesteia sunt efectuate de Guvern, la propunerea Ministerului Sănătăţii şi a Consiliului Federaţiei Sindicatelor Independente din Moldova, coordonată cu autoritatea administraţiei publice locale pe al cărui teritoriu se află staţiunea.

(6) Organizarea şi deschiderea de instituţii balneo-sanatoriale sunt autorizate de Ministerul Sănătăţii şi Consiliului Federaţiei Sindicatelor Independente din Moldova, de comun acord cu Guvernul. Profilul medical al instituţiilor balneo-sanitoriale este stabilit de Mi-nisterul Sănătăţii şi de Consiliul Federaţiei Sindicatelor Indepen-dente din Moldova.

(7) Ministerul Sănătăţii exercită controlul asupra activităţii instituţiilor balneo-sanatoriale şi le acordă ajutor ştiinţific, metodic şi consultativ.

Articolul 36. Dreptul pacientului de a ataca acţiunile personalului medico-sanitar pentru prejudicierea sănătăţii.

În cazul stării nesatisfacătoare a sănătăţii în urma unei asistenţe medicale necorespunzătoare, pacientul are dreptul de a cere efec-

tuarea, în modul stabilit, a unei expertize profesionale, precum şi repararea prejudiciului moral şi material ce i s-a adus.

CAPITOLUL V

Asigurarea medico-socială a unor categorii ale populaţiei

Articolul 37. Asistenţă medicală pentru persoanele care şi-au pierdut locul de muncă şi câştigul.

(1) Persoanele care şi-au pierdut locul de muncă şi câştigul au dreptul garantat de stat la minimul asigurării medicale gratuite pentru susţinerea sănătăţii lor şi a sănătăţii celor întreţinuţi de ele.

{New}[Alin. (1) modif. prin Legea Nr. 577-XV din 26.12.2003]

(2) Acordarea minimului asigurării medicale gratuite persoanelor sus-numite se efectuează din fondurile respective de organizare a asistentei medicale.

{New}[Alin. (2) modif. prin Legea Nr. 577-XV din 26.12.2003]

Articolul 38. Asistenţa medico-sanitară acordată persoanelor în vârstă înaintată

(1) Statul asigură persoanele de vârstă înaintată cu asistenţă medico-socială, conform unor programe complexe.

(2) Programele de recuperare medico-socială a persoanelor de vârstă înaintată trebuie să fie orientate spre asigurarea necesităţilor fizice şi psihice, spre prelungirea perioadei de viaţă activă, inclusiv în condiţii casnice, spre asigurarea capacităţii de adaptare socio-psihologică la bătrâneţe, preîntâmpinării afecţiunilor cronice şi invalidităţii.

(3) Realizarea acestor programe revine autorităţilor administraţiei publice locale, organelor şi unităţilor de ocrotire a sănătăţii şi de protecţie socială, care pot antrena asociaţii, organizaţii religioase şi publice, cu consimţământul acestora, la deservirea medico-socială.

(4) Unităţile medico-sanitare, azilurile acordă asistenţă medicală persoanelor de vârsta înaintată din fondurile respective de organizare a asistenţei medicale.

Articolul 39. Asistența medicală pentru persoanele aflate în stare de arest sau detenţiune.

(1) Dreptul la sănătate al persoanelor aflate în stare de arest sau detenţiune este asigurat prin interzicerea aplicării metodelor de urmărire penală, creării unor condiţii de viaţă care înjosesc demnitatea, pun în pericol viaţa şi sănătatea lor.

[Alin. (1) modif. prin Legea Nr. 206-XV din 29.05.2003]

(2) Persoanelor aflate în stare de arest sau detenţiune li se garantează asistența medico-sanitară conform prezentei legi, Codului de executare a sancţiunilor de drept penal şi altor acte legislative.

Articolul 40. Asistența medicală pentru persoanele aflate în greva foamei.

(1) Când un deţinut refuză hrana şi este considerat de către medic ca fiind capabil de raţionament lucid şi cu discernământul păstrat în legătură cu consecinţele refuzului voluntar de hrană, el nu va fi hrănit artificial. Decizia privind capacitatea de discernământ a deţinutului va fi consemnată de cel puţin un medic.

(2) Atitudinea din alin. (1) se va adopta şi faţă de orice altă persoană aflată în greva foamei.

(3) Greva foamei, fiind o potenţială urgenţă medicală, statuează obligativitatea asistenţei medicale pe toată durata ei.

(4) În momentul în care starea de sănătate şi viaţă a celui aflat în greva foamei sunt grav ameninţate, medicul este obligat, în conformitate cu codul eticii medicale, să facă toate eforturile pentru susţinerea sănătăţii şi salvarea vieţii celui în cauză.

Articolul 41. Asistența medicală şi socială pentru persoanele contaminate de virusul imunodeficitar uman (HIV) şi bolnave de SIDA

Persoanelor contaminate de virusul imunodeficitar uman (HIV) şi bolnave de SIDA li se asigură asistența medicală şi socială, conform legislaţiei în vigoare.

Articolul 42. Asistența medicală pentru bolnavii psihici.

(1) Acordarea de asistenţă medicală specializată persoanelor care suferă de tulburări psihice se face în baza principiilor legalităţii, umanismului şi carităţii, pornindu-se de la prezumţia capaci-

tăţii de exerciţiu care prevede dreptul fiecărui om de a dispune de propria sănătate, precum şi de la îndatorirea de bază a medicului de a acorda asistenţă medicală pacientului, conform codului eticii medicale.

(2) Prestarea de asistenţă psihiatrică ţine exclusiv de competenţa medicului psihiatru.

(3) Bolnavii psihici lipsiţi de discernământ, care pot pune în pericol viaţa sau integritatea corporală proprie sau a altor persoane, sunt supuşi unui tratament medical coerecitiv într-o instituţie medico-sanitară, în condiţiile legii. Spitalizarea unor astfel de bolnavi se face în regim de urgenţă, cu sprijinul organelor de poliţie, la solicitarea medicului-psihiatru. Examinarea psihiatrică în aceste cazuri va fi efectuată în decursul a maximum 48 de ore de la internare şi în zilele de odihnă şi de sărbători, de către o comisie de specialişti, constituită în acest scop, conform instrucţiunilor Ministerului Sănătăţii.

(4) Cheltuielile de tratament psihiatric se fac din fondurile respective de organizare a asistenţei medicale.

(5) Temeiul şi modul de acordare a asistenţei psihiatrice, inclusiv spitalizarea coercitivă a bolnavilor psihici, drepturile şi obligaţiunile personalului medical care acordă acest ajutor, drepturile bolnavilor psihici, obligaţiunile organelor de stat şi ale unităţilor economice privind apărarea drepturilor şi intereselor legitime, acordarea de asistenţă juridico-socială acestei categorii de bolnavi, precum şi apărarea populaţiei de acţiunile lor periculoase, se efectuează conform legislaţiei în vigoare.

(6) Tratamentul psihiatric nu va fi aplicat în lipsa bolii psihice. Personalul medico-sanitar poartă răspunderea, în condiţiile legii, pentru aplicarea tratamentului psihiatric în lipsa bolii psihice.

Articolul 43. Asistenţa narcologică pentru persoanele care suferă de alcoolism cronic, narcomanie sau toxicomanie.

(1) Tratamentul persoanelor care suferă de alcoolism cronic, narcomanie sau toxicomanie se efectuează, de regulă, pe principii benevole, ambulatoriu sau în staţionar, în instituţii curativ-profilactice (la dorinţă, anonim).

(2) Bolnavii care se eschivează de la tratament benevol vor fi trataţi conform legii.

Articolul 44. Asistenţă medicală pentru bolnavii de tuberculoză.

(1) Bolnavii de tuberculoză sunt supravegheaţi prin dispensarizare şi tratament, asiguraţi cu preparate antituberculoase şi trataţi în staţionare, sanatorii şi preventorii în mod gratuit.

(2) Bolnavii de tuberculoză în forma activă, care se sustrag de la tratament benevol, încalcă regimul prescris ori abuzează de băuturi alcoolice sau folosesc substanţe narcotice, sunt trimişi la tratament coercitiv, în modul prevăzut de legislaţia în vigoare.

(3) Măsurile de protecţie socială a bolnavilor de tuberculoză sunt stabilite de legislaţia în vigoare.

Articolul 45. Asistenţa medicală pentru persoanele care suferă de boli venerice.

(1) Persoanele care suferă de boli venerice sunt supuse unui examen medical şi tratament obligatoriu în instituţiile curativ-profilactice respective, precum şi supravegherii prin despensarizare până la vindecare.

(2) Persoanele în a căror privinţă există date suficiente de a presupune ca suferă de boli venerice vor fi supuse unui examen medical obligatoriu.

(3) Persoanele care au contactat cu bolnavii de boli venerice sunt supuse unui examen medical şi tratament profilactic obligatoriu.

(4) În caz de sustragere de la examenul medical şi tratamentul benevol, persoanele vor fi supuse unui examen şi unui tratament coercitiv în staţionarul de boli venerice.

(5) Persoanele care se sustrag de la examenul şi tratamentul coercitiv după avertizarea făcută de instituţiile medico-sanitare poartă răspundere, în modul stabilit de legislaţia în vigoare.

(6) La solicitarea instituţiilor medico-sanitare, organele de poliţie sunt obligate să aducă în unităţile curativ-profilactice respective persoanele care suferă de boli venerice, persoanele referitor la care există date suficiente de a presupune că sunt infectate sau că suferă

de boli venerice, precum şi persoanele care au venit în contact cu astfel de bolnavi şi să acorde acestor unităţi ajutor la identificarea sursei de infecţie.

CAPITOLUL VI

Ocrotirea familiei, mamei şi a copilului

Articolul 46. Dreptul familiei la ocrotirea sănătăţii şi la protecţie socială.

(1) Familia are dreptul la ocrotirea sănătăţii membrilor ei şi la protecţie socială.

(2) Persoanele care se căsătoresc sunt obligate să se informeze reciproc despre starea sănătăţii lor. Pentru ocrotirea sănătăţii persoanelor care se căsătoresc şi a urmaşilor lor, instituţiile medico-sanitare acordă consultaţii prenupţiale referitoare la căsătorie şi la planning familial, efectuează examenul medical obligatoriu gratuit. Modul, termenul şi volumul examenului medical al persoanelor care se căsătoresc sunt stabilite de Guvern.

[Alin. 2 in red. Legii Nr. 1001-XV din 19.04.2002]

(3) Persoanele care se căsătoresc, precum şi soţii, pot trece examene medicale şi primi consultaţii medico-genetice în Instituţiile medico-sanitare respective pentru depistarea alterărilor genetice din cariotipul lor, care conduc la malformarea viitorului copil.

Articolul 47. Obligaţia părinţilor faţă de copil.

(1) Părinţii sunt obligaţi să aibă grijă de sănătatea copilului, de dezvoltarea lui prenatală şi posibilitatea, de educaţia lui fizică, spirituală şi morală, să-i cultive un mod sănătos de viaţă.

(2) Părinţii, alţi reprezentanţi legali, la solicitarea instituţiilor medico-sanitare, trebuie să prezinte copilul pentru examinare medicală şi aplicare a măsurilor de profilaxie.

(3) Neîndeplinirea obligaţiunilor sus-menţionate este pedepsită conform legii.

Articolul 48. Stimularea maternităţii. Garanţiile ocrotirii sănătăţii mamei şi copilului

(1) Statul stimulează maternitatea, ocroteşte sănătatea mamei şi a copilului.

(2) Femeilor li se creează condiţii de îmbinare a muncii cu maternitatea, li se garantează apărarea drepturilor, susţinerea morală şi materială.

(3) Copilul se bucură de o atenţie deosebită din partea statului şi a societăţii şi beneficiază de ocrotirea socială. Statul apără interesele şi drepturile copilului, inclusiv la condiţii de viaţă propice dezvoltării lui fizice şi spirituale.

(4) Drepturile copilului sunt prevăzute şi consfintite de legislaţia Republicii Moldova şi de Convenţia cu privire la drepturile copilului.

Articolul 49. Asistenţă medicală pentru femeia gravidă şi nounăscut.

Unităţile medico-sanitare asigură asistenţă medicală calificată femeii în cursul sarcinii, la naştere, după naştere şi ajutor curativ-profilactic mamei şi nou-născutului.

Articolul 50. Asistenţa medicală pentru copii şi adolescenţi

(1) Instituţiile curativ-profilactice şi de asanare (policlinici, spitaluri, dispensare, sanatorii etc.) acordă asistenţa medicală copiilor şi adolescenţilor. Lor li se acordă periodic supraveghere medicală activă.

(2) Copiii de vârstă fragedă sunt asiguraţi cu produse alimentare speciale, inclusiv gratuit, în modul stabilit. Copiilor li se acorda gratuit foi de tratament în sanatorii.

(3) Lucratorii medicali sunt obligaţi să informeze părinţii, tutorele sau curatorul despre boala copilului şi despre tratament.

(4) Controlul asupra asigurării sănătăţii copiilor în creşe, grădiniţe, şcoli şi în alte instituţii pentru copii este exercitat de instituţii medico-sanitare şi de învăţământ.

Articolul 51. Ajutorul acordat de stat la îngrijirea copiilor.

(1) Principalele cheltuieli de întreţinere a copiilor în creşe, grădiniţe, şcoli şi în alte instituţii pentru copii se fac de la bugetul de stat, precum şi din mijloacele unităţilor economice, sindicatelor, altor organizaţii obşteşti şi ale unor persoane particulare.

(2) Copiii şi adolescenţii cu deficienţe în dezvoltarea fizică sau psihică sunt întreţinuţi de stat în case şi cămine de copii, în alte instituţii specializate pentru copii.

(3) Lista indicaţiilor medicale referitoare la aranjarea copiilor şi adolescenţilor în case şi cămine de copii şi în instituţii instructiv-educative este aprobată de Ministerul Sănătăţii.

(4) În cazul imposibilităţii spitalizării sau lipsei de indicaţii pentru tratament în staţionar, mama sau un alt membru al familiei care îngrijeşte copilul bolnav poate fi scutită de muncă, în modul stabilit, acordându-i-se indemnizatie pe linia asigurărilor sociale.

(5) În cazul tratării în staţionar a copilului în vârstă de până la 3 ani sau a copilului grav bolnav de o vârstă mai mare care are nevoie, conform avizului medical, de îngrijire suplimentară, mama (tatăl) ori o rudă are dreptul să fie alături de copil în unitatea medicală şi să primească, în modul stabilit, indemnizaţie pe linia asigurărilor sociale.

CAPITOLUL VII

Asistenţa farmaceutică şi de protezare

Articolul 52. Asistenţa farmaceutică.

Asistenţa farmaceutică este acordată prin unităţi farmaceutice şi unităţi curativ-profilactice, conform legislaţiei în vigoare.

Articolul 53. Controlul asupra producerii şi utilizării substanţelor narcotice, psihotrope şi toxice.

(1) Controlul asupra producerii şi utilizării substanţelor narcotice, psihotrope şi toxice este exercitat de stat.

(2) Se pot produce, prelucra, importa şi păstra substanţe narcotice şi psihotrope numai în scopuri medicale umane, veterinare şi ştiinţifice.

(3) De dreptul de a produce, prelucra, importa şi comercializa substanţe narcotice şi psihotrope beneficiază unităţile care au primit autorizaţia organelor de stat respective, acestea din urmă exercitând controlul şi evidenţa asupra sus-numitei activităţi.

(4) Producerea şi utilizarea substanţelor narcotice, psihotrope şi toxice se efectuează conform legislaţiei în vigoare.

Articolul 54. Asistenţa de protezare, asigurarea cu aparate şi produse tehnico-medicale

(1) La necesitate, persoanele sunt asigurate cu proteze, obiecte ortopedice, de corecţie, cu aparate acustice, dispozitive de cultură fizică curativă şi cu mijloace speciale de locomoţie.

(2) Condiţiile şi modul de acordare a asistenţei de protezare, de asigurare cu aparate şi produse tehnico-medicale sunt stabilite de legislaţia în vigoare.

(3) Coordonarea elaborării tehnicii medicale noi, a încercării ei tehnice şi clinice, eliberarea certificatului de punere în producţie şi utilizare a acestei tehnici ţin de competenţa Ministerului Sănătăţii.

[Alin. (3) in red. Legii Nr. 333-XV din 24.07.2003]

CAPITOLUL VIII

Reabilitarea şi expertiza medicală

Articolul 55. Reabilitarea.

Reabilitarea bolnavilor se efectuează în direcţie medicală şi socială.

Articolul 56. Dreptul la efectuarea expertizei medicale a vitalităţii.

(1) Pentru constatarea gradului de pierdere a capacităţii de muncă, persoana are dreptul la expertiza medicala a vitalităţii.

(2) Expertiza incapacităţii temporare de muncă este efectuată în instituţii medico-sanitare de medic sau de o comisie medicală, care acordă concediu de boală şi de mutilare, de sarcină şi de naştere, de îngrijire a unui membru al familiei bolnav şi de carantină, pentru protezare, tratament balneo-sanatorial, determină necesitatea şi termenele de transferare temporară a persoanei la o altă muncă din motive de boală, ia decizii privind trimiterea ei la consiliul de expertiză medicală a vitalităţii.

(3) Expertiza medicală a pierderii îndelungate sau permanente a capacităţii de muncă este efectuată de consiliile de expertiză medicală a vitalităţii ale Casei Naţionale de Asigurări Sociale, care stabilesc gradul de pierdere a capacităţii de muncă, cauzele şi gradul de invaliditate, tipurile de ajutor, determină condiţiile, genurile de muncă, lucrul şi profesiile accesibile invalizilor, controlează folosirea necesară a invalizilor la lucru în conformitate cu concluziile medicale, contribuie la restabilirea capacităţii lor de muncă.

[Alin.3 art.56 modificat prin Legea nr.552-XIV din 28.07.99]

(4) Concluziile consiliilor de expertiză medicală a vitalităţii privitoare la condiţiile, genurile de muncă, lucrul şi profesiile accesibile invalizilor sunt obligatorii pentru administraţia unităţilor economice.

(5) Expertiza medicală a vitalităţii copiilor şi adolescenţilor este efectuată de medic sau de o comisie medicală a instituţiei medico-sanitare.

(6) Modul de organizare şi de efectuare a expertizei medicale a vitalităţii este stabilit de legislaţia în vigoare.

Articolul 57. Expertiza medico-legală.

(1) Expertiza medico-legală înseamnă activitatea de rezolvare a problemelor cu caracter medical ce apar în timpul urmăririi penale sau examinării cauzei în instanţa judecătorească.

[Alin. (1) modif. prin Legea Nr. 206-XV din 29.05.2003]

(2) Expertiza medico-legală este efectuată în condiţiile legii, în unităţi medico-sanitare (biroul de expertiză medico-legală) în baza deciziei ofiţerului de urmărire penală, procurorului sau în baza deciziei instanţei judecătoreşti.

[Alin. (2) modif. prin Legea Nr. 206-XV din 29.05.2003]

(3) Ministerul Sănătăţii exercită conducerea metodică a expertizei medico-legale.

(4) Persoana are dreptul la asistenţa medico-legală, prin care se subînţelege prestarea de servicii de către specialişti în domeniul medicinei legale în problemele de protejare a drepturilor şi intereselor sale legitime în legătură cu ocrotirea sănătăţii şi cu starea ei fiziologică.

(5) Modul de organizare şi de efectuare a expertizei medico-legale este stabilit de legislaţia în vigoare.

Articolul 58. Expertiza psihiatrico-legală.

(1) Expertiza psihiatrico-legală înseamnă activitatea de rezolvare a problemelor care ţin de stare psihică a persoanei şi care apar în timpul procedurii judiciare.

(2) Expertiza psihiatrico-legală este efectuată, în condiţiile legii, în instituţii medico-sanitare în baza deciziei ofiterului de urmărire penală, procurorului, precum şi în baza deciziei instanţei judecătoreşti.

[Alin. (2) modif. prin Legea Nr. 206-XV din 29.05.2003]

(3) Ministerul Sănătăţii exercită conducerea metodică a expertizei psihiatrico-legale.

(4) Persoanele au dreptul la asistenţă psihiatrico-legală, prin care se subînţelege prestarea de servicii de către specialiştii psihiatri în problemele de protejare a drepturilor şi intereselor legitime ale persoanei în legătură cu condamnarea sau cu pierderea capacităţii ei de exerciţiu.

(5) Modul de organizare şi de efectuare a expertizei psihiatrico-legale este stabilit de legislaţia în vigoare.

Articolul 59. Expertiza şi asistenţa morfopatologică.

(1) Expertiza morfopatologică se efectuează în scopul stabilirii diagnosticului postmortal, cauzei şi mecanismului decesului. Pacientul decedat în instituţia medicală este supus, de regulă, unei expertize morfopatologice, dacă în timpul vieţii el sau rudele sale nu şi-au exprimat dezacordul.

(2) Examenului morfopatologic se supun, în mod obligatoriu, toate organele şi ţesturile în timpul intervenţiilor chirurgicale sau de diagnostic. Asistenţa morfopatologică se acordă şi ca formă independentă de servicii, la dorinţa solicitantului, pe baze contractuale.

(3) Cazurile în care anularea expertizei morfopatologice a decedatului este inadmisibilă se stabilesc de Ministerul Sănătăţii.

(4) Expertiza morfopatologică a diagnosticului intravital, determinarea cauzei şi mecanismul decesului se efectuează de către me-

dici experţi (morfopatologi) în instituţii medicale, în secţii (birouri) special amenajate.

(5) Regulamentul efectuării expertizei morfopatologice se elaborează de Ministerul Sănătăţii, iar caracterul şi volumul investigaţiilor respective sunt stabilite de instituţiile medicale, în baza standardelor aprobate de Ministerul Sănătăţii.

(6) Rudele, precum şi organele asigurării medicale, au dreptul să recepţioneze concluziile expertizei morfopatologice a decedatului. Modul de remitere a concluziilor este stabilit de Ministerul Sănătăţii.

CAPITOLUL IX

Colaborarea internaţională, tratatele şi acordurile internaţionale

Articolul 60. Colaborarea internaţională în domeniul ocrotirii sănătăţii.

(1) Republica Moldova participă la activitatea organizaţiilor internaţionale de ocrotire a sănătăţii.

(2) Colaborarea internaţională a Republicii Moldova în domeniul ocrotirii sănătăţii are la bază interesele părţilor, respectarea cerinţelor şi normelor de drept internaţional, convenţiilor, tratatelor şi acordurilor internaţionale.

(3) Modul de colaborare cu alte state este stabilit de legislaţia Republicii Moldova.

Articolul 61. Tratatele şi acordurile internaţionale în domeniul ocrotirii sănătăţii

(1) Modul de încheiere a tratatelor şi acordurilor internaţionale în domeniul ocrotirii sănătăţii, de control asupra aplicării lor este stabilit de legislaţia în vigoare.

(2) Dacă tratatul sau acordul internaţional la care Republica Moldova este parte stabileşte alte norme decât cele prevăzute de

legislaţia Republicii Moldova privind ocrotirea sănătăţii, sunt aplicate normele tratatului sau ale acordului internaţional.

CAPITOLUL X

Dispoziţii finale şi tranzitorii

Articolul 62

Guvernul, în termen de 3 luni, prezintă Parlamentului propuneri vizând aducerea legislaţiei în vigoare în conformitate cu prezenta lege; pune hotărârile sale în conformitate cu ea; adoptă, în temeiul ei, acte normative care reglementează problemele organizării ocrotirii sănătăţii, asigură revizuirea şi anularea de către ministere, departamente, inspectorate de stat, autorităţi ale administraţiei publice locale a actelor normative, inclusiv a instrucţiunilor ce contravin legii de faţă.

Articolul 63

Până la aducerea actelor normative în conformitate cu prezenta lege se aplică numai prevederile care nu vin în contradicţie cu ea.

Articolul 64

Comisia pentru protecţie socială, ocrotirea sănătăţii şi ecologie exercita controlul asupra executării prezentei legi.

Articolul 65

Prezenta lege intră în vigoare la data publicării.

[Art. 65 modif. prin Legea nr. 173-XV din 10.04.2003]

PREŞEDINTELE
PARLAMENTULUI **Petru LUCINSCHI**

Chişinău, 28 martie 1995.
Nr. 411-XIII

MINISTERUL SĂNĂTĂŢII AL REPUBLICII MOLDOVA

O R D I N

23.06.03 Nr. ___190___

mun.Chişinău

Cu privire la instituirea structurii sistemului sănătăţii raionale/municipale

În scopul asigurării accesului populaţiei la asistenţă medicală calitativă în cadrul structurii sistemului sănătăţii raionale / municipale şi realizării prevederilor Legii ocrotirii sănătăţii nr.411-XIII din 28 martie 1995, Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală nr.1585-XIII din 27 februarie 1998, Legii privind

administraţia publică locală nr.123-XV din 18 martie 2003, Legii privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populaţiei nr.1513-XII din 16 iunie 1993, HGRM nr.688 din 10 iunie 2003 cu privire la structura şi statele de personal ale primăriilor satelor (comunelor), oraşelor (municipiilor), HGRM nr.689 din 10 iunie 2003 cu privire la organigrama şi statele de personal ale aparatului preşedintelui raionului, direcţiilor, secţiilor, altor subdiviziuni din subordinea Consiliului raional şi altor acte legislative şi normative în vigoare.

A P R O B :

1. Organigrama sistemului sănătăţii municipiului Chişinău (anexa nr.1).
2. Organigrama sistemului sănătăţii municipiului Bălţi (anexa nr.2)
3. Organigrama sistemului sănătăţii raional (anexa nr.3).
4. Regulamentul-model de bază al Spitalului Raional (anexa nr.4).
5. Structura serviciului de informatică şi statistică medicală (anexa nr.5).
6. Organigrama Serviciului Sanitar-Epidemiologic de Stat a Republicii Moldova (anexa nr.6).
7. Nomenclatorul Centrelor de Medicină Preventivă municipale/ raionale(anexa nr.7).
8. Organigrama Centrului de Medicină Preventivă municipiului Chişinău (anexa nr.8).
9. Organigrama Centrului de Medicină Preventivă municipiului Bălţi (anexa nr.9).
10. Organigrama Centrului de Medicină Preventivă raional categoria III (anexa nr.10).
11. Organigrama Centrului de Medicină Preventivă raional categoria II (anexa nr.11).
12. Organigrama Centrului de Medicină Preventivă raional categoria I (anexa nr.12).

13. Regulamentul-model al Centrului de Medicină Preventivă raional/municipal (anexa nr.13).

O R D O N:

1. În baza Spitalelor judeţene şi sectorale se instituie Spitale raionale-instituţii medico-sanitare publice, care reprezintă un sistem integru al ocrotirii sănătăţii format din serviciile Asistenţă Medicală Primară, Asistenţa Medicală Spitalicească şi Specializată de Ambulator, administrate de Medicul şef al raionului care păstrează integritatea şi independenţa lor funcţională.

2 A forma servicii centralizate ale Spitalului raional (contabilitate, serviciu economic, resurse umane, juridic, informatică şi statistică, tehnic şi gospodărie, secţii paraclinice etc.) prin comasarea acestor servicii din cadrul Spitalului, Centrului Medicilor de Familie, realizând principiile de optimizare a cheltuielilor.

3. Contabilitatea centralizată va întocmi devize de cheltuieli şi evidenţă contabilă separată pentru Centrul Medicilor de Familie, Secţiile Specializate Spitaliceşti şi Specializate de Ambulator.

4. Ordonator de credite în Spitalul raional este Medicul-şef al raionului, care efectuează planificarea şi gestionarea surselor financiare conform normativelor stabilite de Ministerul Sănătăţii: 40% pentru Asistenţa Medicală Primară, 60% pentru Asistenţa Medicală Spitalicească şi Specializată de Ambulator. În cele 60% surse destinate pentru Asistenţa Medicală Spitalicească şi Specializată de Ambulator sunt incluse şi cheltuielile pentru întreţinerea serviciilor centralizate.

5. Asistenţă medicală urgentă la etapa prespitalicească se va acorda populaţiei de către Staţiile Zonale Asistenţă Medicală Urgentă ale Serviciului centralizat de Asistenţă Medicală Urgentă din Moldova.

6. Asistenţa Medicală Primară pe principiul medicinei de familie se va acorda populaţiei de către Centrul Medicilor de Familie al Spitalului raional.

7. Asistenţa Medicală Spitalicească şi Specializată de Ambulator se va acorda de către Secţiile Specializate Spitaliceşti, Secţia Consultativă şi Secţia Stomatologie ale Spitalului raional.

8. Se interzice majorarea numărului de paturi în Spitalele raionale/municipale şi instituirea noilor instituţii medico-sanitare fără acordul Ministerului Sănătăţii.

9. Spitalele raionale din raioanele cu o populaţie până la 90 mii locuitori vor acorda asistenţă medicală spitalicească de 5 profiluri: terapeutic, chirurgical, obstetrical şi ginecologic, pediatric şi boli infecţioase.

10. Spitalele raionale Cahul, Căuşeni, Hânceşti, Orhei, Ungheni, Soroca, Edineţ, care dispun de paturi specializate spitaliceşti de profil îngust asupra normativelor stabilite la numărul de populaţie, pot întreţine aceste paturi asigurând asistenţă medicală specializată spitalicească de profil îngust prin contract pentru deservirea populaţiei din raioanele adiacente.

11. Centrele Perinatale de nivelul II din republică vor continua activitatea, ca Centre Perinatale interraionale cu deservirea populaţiei din raioanele adiacente.

12. A institui în Spitalele raionale funcţii de specialişti principali titulari: în asistenţa medicală mamei şi copilului, asistenţa farmaceutică şi tehnică medicală.

13. Structura Sistemului Sănătăţii a municipiului Chişinău se stabileşte în conformitate cu anexa nr. 1 al prezentului ordin.

14. Structura Sistemului Sănătăţii a Municipiului Bălţi se stabi-leşte în conformitate cu anexa nr. 2 al prezentului ordin.

15. Structura sistemului sănătăţii a UTA Găgăuzia se recomandă a fi ajustată în conformitate cu prevederile prezentului ordin.

16. Centrele de Medicină Preventivă municipale, Centrele de Medicină Preventivă judeţene şi filialele lor, se vor reorganiza respectiv în Centre de Medicină Preventivă municipale şi raionale conform anexei nr. 7 a prezentului ordin.

17. Direcţiile Ministerului Sănătăţii, instituţiile medico-sanitare republicane vor acorda ajutor metodic conducătorilor structurilor

sistemului sănătății teritorial în realizarea prevederilor prezentului ordin.

18. Ordinul MS RM nr.160 din 01 iulie 1999 cu privire la structura sanitară județeană/municipală se abrogă.

Controlul executării prezentului ordin se atribuie prim-viceministrului d-lui Gheorghe Țurcanu şi viceministrului d-lui Ion Bahnarel.

Ministru **Andrei GHERMAN**

Funcţiile şi drepturile CMF

1. Promovarea politicii de dezvoltare şi reformare a asistenţei medicale primare prin dezvoltarea şi fortificarea medicinei de familie, a căror obiective sunt:

- promovarea sănătăţii şi prevenirea bolilor;
- ocrotirea sănătăţii mamei şi copilului;
- îmbunătăţirea calităţii şi promptitudinii în acordarea asistenţei de urgenţă;
- îmbunătăţirea îngrijirilor primare de sănătate, în special în mediul rural, prin asigurarea cu medici, ameliorarea nivelului profesional, tehnologic etc.;
- prevenirea şi controlul maladiilor transmisibile;
- realizarea programului de planificare a familiei;
- prevenirea şi combaterea bolilor ce generează 50% din anii potenţiali de viaţă pierduţi, precum şi incapacităţi severe: traumatisme, accidente, otrăviri, boli pulmonare, cardiovasculare, cancerigene, afecţiuni psihice, boli ale aparatului locomotor;

2. Asigurarea organizatorică şi metodică a serviciilor primare de sănătate.

3. Organizarea şi coordonarea procesului liberei alegeri a medicului de familie.

4. Promovarea modului sănătos de viaţă pentru prevenirea maladiilor, complicaţiilor şi fortificarea sănătăţii, diminuarea acţiunii factorilor de risc.

5. Asigurarea accesului populaţiei la asistenţă medicală primară de înaltă calitate.

6. Organizarea, efectuarea măsurilor de profilaxie şi prevenţie în conformitate cu normele stabilite.

7. Organizarea şi coordonarea procesului curativ-diagnostic şi măsurilor de supraveghere şi reabilitare a pacienţilor.

8. Asigurarea succesivităţii în acordarea asistenţei medicale primare, specializate şi de urgenţă.

9. Conlucrarea cu Consiliul de Expertiză Medicală a Vitalităţii şi soluţionarea problemelor referitoare la expertiza incapacităţii îndelungate de muncă şi a vitalităţii.

10. Conlucrarea cu autorităţile publice locale, persoane juridice şi fizice în realizarea îngrijirilor de sănătate şi soluţionarea problemelor medico-sociale.

11. Evaluarea trimestrială şi anuală a volumului şi calităţii asistenţei medicale primare.

12. Controlul volumului şi calităţii activităţii structurilor subordonate (Centre de Sănătate), analiza ei şi luarea deciziilor respective.

Dispoziţii finale

CMF activează după un program de lucru, stabilit de Medicul şef al raionului.

2. Centrul de Sănătate

Dispoziţii generale

1. Centrul de Sănătate este o structură a CMF raional din subordinea Primului-adjunct al Medicului-Şef al Raionului în Asistenţa Medicală Primară.

2. Centrul de Sănătate îşi desfăşoară activitatea în conformitate cu Constituţia şi Legile Republicii Moldova în vigoare, Hotărârile Guvernului Republicii Moldova, ordinele, directivele şi instrucţiunile Ministerului Sănătăţii, Medicului-şef al raionului şi a prezentului regulament.

3. Dirijarea Centrului de Sănătate este realizată de către Şeful Centrului de Sănătate, posesor al certificatului de medic de familie, pregătit în domeniul Sănătăţii publice şi Managementului sanitar, care este numit şi eliberat din funcţie prin ordinul Medicului-şef al raionului la propunerea Primului-adjunct al Medicului-Şef al Raionului în Asistenţa Medicală Primară.

Structura Centrului de Sănătate

1. Centrul de Sănătate se organizează în localităţile rurale, de preferinţă cu edificii tip, dotate cu echipament de laborator, transport etc. şi includ în componenţa sa şi Oficii ale Medicului de Familie din raza de deservire. Centrul de Sănătate se organizează şi în localitatea de reşedinţă a centrului raional. Şeful Centrului de Sănătate este în subordinea Primului-adjunct al Medicului-Şef al Raionului în Asistenţa Medicală Primară.

Oficiile Medicilor de Familie din localităţile rurale sunt în componenţa Centrului de Sănătate. În cazul când două sau mai multe localităţi (foste Puncte Medicale), care sunt amplasate în aceeaşi rază de deservire şi au împreună un număr de populaţie nu mai mică de 1000 - 1500 locuitori, se formează un Oficiu al Medicului de Familie, care se include în componenţa Centrului de Sănătate respectiv. Medicii de familie se concentrează în Centre de Sănătate, unde dispun de echipamentul necesar pentru activitatea profesională şi se deplasează în Oficiile Medicului de Familie pentru acordarea asistenţei medicale populaţiei.

2. Statele de funcţii ale Centrului de Sănătate se aprobă de Medicul-şef al raionului în baza normelor elaborate de Ministerul Sănătăţii.

Funcţiile Şefului Centrului de Sănătate

1. Coordonează activitatea structurilor subordonate în prestarea serviciilor de asistenţă medicală primară conform directivelor în vigoare şi cerinţelor CMF.

2. Asigură succesivitatea între serviciul de asistenţă medicală primară, urgentă şi spitalicească.

3. Asigură respectarea standardelor medicale şi cerinţelor sanitaro-igienice şi sanitaro-antiepidemice de către instituţiile medicale primare.

4. Conlucrează cu organele administraţiei publice locale, instituţiile de învăţământ şi protecţie socială, administraţiile întreprin-

derilor şi gospodăriilor, agenţii economici în soluţionarea problemelor medico-sociale ale populaţiei din teritoriu;

5. Contribuie la implementarea noilor tehnologii în procesul curativ-diagnostic, recuperare şi profilaxie.

6. Organizează şi efectuează controlul calităţii măsurilor profilactice, curativ-diagnostice şi recuperare, efectuate la nivel de asistenţă medicală primară, inclusiv:

- lucrul profilactic de ocrotire antenatală a fătului şi îngrijirea postnatală a lăuzelor;
  supravegherea gravidelor;
- de planificare a familiei şi protejării sănătăţii reproducerii;
  supravegherii copilului sănătos;
- controlul alimentaţiei raţionale a copiilor;
- efectuarea imunizărilor conform Programului Naţional de imunizări.

7. Contribuie la promovarea modului sănătos de viaţă, educaţia pentru sănătate în şcoli, familie, comunitate.

8. Organizează şi supraveghează efectuarea examenelor profilactice: depistarea stărilor precanceroase, examenul oncoprofilactic, tonometria oculară, măsurarea tensiunii arteriale etc.; selectarea grupelor de risc şi efectuarea: glicemiei, analiza sputei la BAAR şi microradiofotografiei, testarea HIV/SIDA, MRS etc.

9. Organizează examenul profilactic al preşcolarilor, elevilor, supraveghind calitatea eficacităţii şi dispanserizării copiilor cu patologii cronice depistate.

10. Analizează calitatea asistenţei medicale acordate populaţiei în teritoriul deservit, evidenţa şi supravegherea patologiilor cronice la copii şi maturi, în scopul prevenirii invalidităţii şi altor complicaţii.

11. Controlează calitatea efectuării expertizei incapacităţii temporare de muncă şi a modului de trimitere a pacienţilor la expertizare în CEMV şi analizează indicii morbidităţii prin incapacitate temporară de muncă, invaliditate primară şi întreprinde măsuri spre ameliorare.

12. Analizează indicii mortalităţii generale, inclusiv în vârstă aptă de muncă şi extraspitalicească şi întreprinde măsuri de ameliorare.

13. Coordonează şi organizează deplasările medicilor de familie în Oficiile Medicului de Familie pentru acordarea asistenţei medicale populaţiei, conform razei de deservire, analizând eficacitatea lucrului efectuat.

14. Prezintă Primului-adjunct al Medicului Şef al Raionului în Asistenţa Medicală Primară raporturi de activitate şi face propuneri de remediere a activităţilor.

Dispoziţii finale

Centrele de Sănătate activează conform unui program de activitate aprobat de primul-adjunct al Medicului-Şef al raionului în Asistenţa Medicală Primară.

Asistenţa Medicală Specializată de Ambulator

1. Secţia Consultativă

Dispoziţii generale

1. Secţia consultativă este o subdiviziune din subordinea Medicului şef al raionului.

2. Secţia consultativă îşi desfăşoară activitatea în conformitate cu Constituţia şi Legile Republicii Moldova în vigoare, Hotărârile Guvernului Republicii Moldova, ordinele, directivele şi instrucţiunile Ministerului Sănătăţii, Medicului-şef al raionului şi ale prezentului regulament.

3. Secţia consultativă este dirijată de către şeful secţiei consultative, medic specialist de profil, cu un stagiu de muncă nu mai mic de 5 ani, bine pregătit în domeniul Sănătăţii publice şi Managementului sanitar, care este numit şi eliberat din funcţie prin ordinul Medicului- şef al raionului.

Structura secţiei consultative

1. Secţia consultativă include în componenţa sa medicii specialişti de profil cu cabinete înzestrate cu echipament şi medicamente necesare pentru acordarea asistenţei medicale specializate de ambulator, inclusiv de urgenţă.

2. Statele de funcţii ale secţiei consultative se aprobă de Medicul- şef al raionului în baza normelor stabilite de Ministerul Sănătăţii.

Funcţiile secţiei consultative

1. Secţia consultativă asigură accesul populaţiei din raion la asistenţă medicală specializată de ambulator de înaltă calitate.

2. Asigură perfecţionarea profesională continuă a lucrătorilor medicali din asistenţa medicală specializată de ambulator conform cerinţelor în vigoare, inclusiv perfecţionarea personalului medical la locul de muncă în acordarea asistenţei medicale de urgenţă etc.

3. Contribuie la implementarea noilor tehnologii în procesul curativ-diagnostic, recuperare şi profilaxie.

4. Asigură respectarea standardelor medicale şi cerinţelor sanitaro-igienice şi sanitaro-antiepidemice.

5. Asigură succesiunea în acordarea asistenţei medicale specializate cu asistenţa medicală primară şi de urgenţă.

6. Acordă gratuit asistenţă medicală specializată de ambulator, conform biletului de trimitere a medicului de familie şi contra plată, la adresarea directă a pacientului, în modul stabilit, conform tarifelor aprobate.

7. La sesizarea medicului de familie, medicul specialist de profil consultă pacientul, stabileşte diagnosticul şi dă recomandări pentru medicul de familie, privind tratamentul, necesităţile de internare în spital, de efectuare a expertizei incapacităţii temporare sau permanente de muncă, măsurile de reabilitare şi supraveghere necesare. Pe parcursul tratamentului, pacientul este supravegheat de ambii specialişti.

8. Contribuie la realizarea programelor naţionale teritoriale, asigură controlul executării lor, apreciază problemele prioritare, analizează activităţile efectuate şi propune măsuri concrete de redresare a situaţiei.

9. Acordă suport serviciului de asistenţă medicală primară la efectuarea măsurilor profilactice, curativ-diagnostice şi de recuperare, cu privire la ocrotirea antenatală a fătului şi îngrijirea postnatală a lăuzelor, supravegherea gravidelor, planificarea familiei şi protejării sănătăţii reproducerii.

10. Contribuie la efectuarea examenelor profilactice: depistarea stărilor precanceroase, examenul oncoprofilactic, tonometria oculară, măsurarea tensiunii arteriale; selectarea grupelor de risc şi efectuarea: glicemiei, analiza sputei la BAAR şi microradiofotografiei, testarea HIV/SIDA, MRS.

11. Efectuează examenul profilactic al preşcolarilor, elevilor, analizează nivelul morbidităţii şi propune măsuri concrete de ameliorare a situaţiei.

12. Supraveghează, de comun cu medicul de familie, pacienţii cu maladii acute şi cronice, ia măsuri de reabilitare a pacienţilor.

13. Efectuează consultaţii la domiciliu pentru pacienţii nedeplasabili, la sesizarea medicului de familie.

14. Analizează nivelul morbidităţii, invalidităţii populaţiei din raion şi propune măsuri concrete de ameliorare a situaţiei, respectiv pentru fiecare domeniu, în scopul prevenirii invalidităţii, mortalităţii pacienţilor în vârstă aptă de muncă.

15. Determină necesitatea trimiterii pacienţilor în instituţiile medicale republicane pentru efectuarea consultaţiilor, investigaţiilor, internări programate.

16. Participă la conferinţe tematice, inclusiv patomorfologice.

17. Organizează, în comun cu serviciul de Asistenţă Medicală Primară, deplasări ale medicilor specialişti de profil în localităţile rurale, analizând eficacitatea lucrului efectuat.

18. Organizează şi efectuează examinarea medicală a abiturienţilor, recruţilor şi rezerviştilor, coordonează efectuarea măsurilor profilactice, curative şi de reabilitare.

19. Organizează şi efectuează examenul medical profilactic obligatoriu în cadrul comisiilor medicale speciale:

- la angajarea în muncă periodic a lucrătorilor care sunt supuşi acţiunii factorilor nocivi şi nefavorabili .
- supune examenului medical conducătorii mijloacelor de transport şi candidaţii pentru primirea permisului de conducere.
- efectuarea examenului medical privind „Controlul treziei".
- examenul medical al salariaţilor din întreprinderile alimentare, instituţiile medicale, comunale şi cele pentru copii.

20. Efectuează trimestrial şi anual analiza volumului şi calităţii asistenţei medicale specializate de ambulator acordate populaţiei şi face propuneri de remediere a activităţilor.

Dispoziţii finale

Secţia consultativă activează după un program de activitate aprobat de Medicul-şef al raionului.

Asistenţa Medicală Spitalicească Specializată

1. Secţiile specializate spitaliceşti.

Dispoziţii generale

1. Secţiile specializate spitaliceşti acordă asistenţă medicală spi-talicească şi specializată populaţiei din teritoriu.

2. Secţiile specializate spitaliceşti sunt subordonate Medicului-şef al raionului.

3. Responsabil de activitatea secţiilor specializate raionale este adjunctul medicului-şef al raionului în asistenţa medicală spitalicească şi specializată de ambulator.

4. În activitatea sa, secţiile specializate spitaliceşti se conduc de Constituţia Republicii Moldova şi Legile Republicii Moldova, hotărârile Guvernului, ordinele şi dispoziţiile Ministerului Sănătăţii, hotărârile autorităţilor publice locale, ordinele medicului şef al

raionului, alte acte normative, care reglementează direct sau indirect activitatea structurilor specializate spitaliceşti şi de prezentul Regulament.

5. Reorganizarea şi lichidarea secţiilor specializate spitaliceşti se efectuează în conformitate cu legislaţia în vigoare.

Structura secţiilor specializate spitaliceşti poate include următoarele secţii:

Secţia de internare	Bloc operator
Secţia terapie generală	Laborator
Secţia chirurgie generală	Radiologie şi imagistică
Secţia pediatrie	Fizioterapie
Secţia obstetrică-ginecologie	Sterilizare
Secţia boli infecţioase.	Farmacie
Terapie intensivă şi anestiologie	Bloc alimentar

1. În postul de şef de secţie se numeşte prin ordinul mediculuişef al raionului un specialist de înaltă calificare în specialitatea respectivă, care posedă aptitudini organizatorice.

2. Şeful de secţie (laborator, farmacie etc.) activează în conformitate cu Regulamentul de funcţie aprobat prin ordinul Mediculuişef al raionului.

Patrimoniul şi fondurile secţiilor specializate spitaliceşti

1. Fondurile secţiilor specializate spitaliceşti se formează din sumele alocate bugetului din asigurările medicale, mijloacele acumulate din prestaţiile medicale contra plată, din contractele cu agenţii economici, donaţii de binefacere, granturi etc.

2. Patrimoniul secţiilor specializate spitaliceşti este constituit din edificii şi alte fonduri fixe, utilaj, aparataj etc.

Sarcinile de bază

1. Acordarea asistenței medicale spitaliceşti specializate de înaltă calitate populației din teritoriu;

2. Asigurarea accesibilității pacienților la serviciile medicale calitative cu o durată de tratament minimă şi un cost minim eficient;

3. Perfecționarea procesului diagnostico-curativ prin implementarea metodelor noi de diagnostic şi tratament.

4. Pregătirea şi reciclarea cadrelor medicale, asigurarea calificării personalului medical la locul de muncă.

2.Centrul Perinatal de nivelul II (interraional)

1. Centrul perinatologic al serviciului de asistență medicală perinatală de nivelul II este o unitate funcțională specializată spitalicească din subordinea medicului-şef al raionului**.**

2. Şeful maternității este responsabil de conducerea Centrului perinatologic al serviciului de asistență medicală perinatală de nivelul II. Şeful maternității este angajat şi concediat de către medicul-şef al raionului în modul stabilit.

3. Centrele perinatologice ale serviciului de asistență medicală perinatală de nivel II sunt organizate în baza secțiilor de obstetrică din spitalele din Bălți, Edineț, Soroca, Orhei, Ungheni, Hânceşti, Căuşeni, Cahul, Ceadâr-Lunga. Toate centrele perinatologice ale serviciului de asistență medicală perinatală de nivelul II îndeplinesc concomitent şi funcțiile de centru de asistență perinatală de nivelul I pentru localitățile în care sunt amplasate.

4. În componența Centrului perinatologic al serviciului de asistență medicală perinatală de nivelul II de asistență medicală perinatală sunt incluse următoarele subdiviziuni:

– Secția de obstetrică: secția de internare, blocul de naştere obstetrical şi observație, saloanele de internare a mamelor cu nounăscuții lor.

– Secția de patologie a sarcinii.

– Secţia de reanimare, terapie intensivă şi îngrijire a nou-născuţilor şi secţia de îngrijire continuă a prematurilor cu echipa de transportare a gravidelor şi nou-născuţilor.

– Secţia de pediatrie generală cu statut de componentă funcţională.

– Secţia de perinatologie consultativă: cabinet de contracepţie modernă; cabinet de sterilitate a cuplului; cabinet andrologic; cabinet de consult juridic; cabinet de consult psihologic; cabinet medico-genetic; cabinet de diagnostic prenatal (ultrasonografic şi cardiotocografic); cabinet de prematuritate (infertilitate); cabinet terapeutic (patologia extragenitală în sarcină).

5. Sarcinile Centrului perinatologic al serviciului de asistenţă medicală perinatală de nivelul II sunt:

5.1. acordarea ajutorului primar şi de urgenţă obstetrical şi neonatal bolnavilor din raion.

5.2. acordarea asistenţei medicale în perioada preconcepţională şi antenatală populaţiei din raion, ţinându-se cont de posibilităţile secţiei consultative de perinatologie;

5.3. acordarea ajutorului medical specializat gravidelor în conduita naşterii şi perioadei de lăuzie fiziologice şi cu risc moderat după principiul teritorial;

5.4. acordarea asistenţei specializate, supravegherii, îngrijirii esenţiale şi vaccinării nou-născuţilor şi prematurilor în perioada de aflare în centrul perinatologic, asigurarea diagnosticului, terapiei complicaţiilor perioadei neonatale precoce;

5.5. acordarea complexului măsurilor de îngrijire esenţială, alimentare, examinare şi tratament nou-născuţilor cu greutate mică la naştere şi nou-născuţilor înainte de termen spitalizaţi pentru îngrijire continuă;

5.6. efectuarea măsurilor curativ-profilactice orientate spre prevenirea complicaţiilor sarcinii, naşterii, perioadei de lăuzie, maladiilor ginecologice;

5.7. implementarea în practica cotidiană a metodelor moderne de profilaxie, diagnostic şi tratament al gravidelor şi ginecopatelor, metodelor asistenței obstetricale de ambulator, implementarea noilor forme de evidență utilizate în sarcină, naştere şi perioada postnatală;

5.8. asigurarea femeilor cu asistența socio-legală, în conformitate cu legislația despre protecția sănătății mamei şi copilului;

5.9. referirea gravidelor cu patologie extragenitală din grupul de risc pentru consultare în policlinica consultativă pentru femei a Centrului perinatologic al serviciului de asistență medicală perinatală de nivelul III;

5.10. implementarea în subdiviziunile centrului perinatologic a tehnologiilor moderne, propuse de OMS (gravidogramei, partogramei, aflarea împreună a mamei cu nou-născutul, alăptarea precoce a nou-născutului în primele 30 de minute după naştere, parteneriat la naştere, formarea "lanțului cald" şi promovarea metodei "piele-la-piele" ca metode de profilaxie a hipotermiei);

5.11. instruirea personalului subordonat Centrului perinatologic de nivelul II în tehnologiile sus-menționate;

5.12. educarea populației în problemele suportului psiho-emoțional în sarcină şi naştere, alimentație naturală, îngrijire esențială etc., promovate de OMS/UNICEF;

5.13. asigurarea unei consecutivități a supravegherii, examinării şi tratamentului gravidelor, parturientelor, lăuzelor, nou-născuților şi copiilor în perioada de aflare în centrul perinatologic;

5.14. Informarea obligatorie a Centrului perinatologic al serviciului de asistență medicală perinatală de nivelul III despre toate cazurile grave depistate, precum şi despre cazurile cu risc ce nu au fost detaşate în Centrul perinatologic de nivelul III;

5.15. asigurarea transportării "in utero", transportării materne şi neonatale la sine,

5.16. acordarea asistenței de urgență, care poate apărea imprevizibil, inclusiv stabilizarea maternă şi neonatală înainte de transportare;

5.17. asigurarea unui regim sanitar-igienic şi antiepidemic în Centrul perinatologic;

5.18. sporirea nivelului profesional al cadrelor medicale al Centrului;

5.19. efectuarea activităţii educative în rândurile populaţiei;

5.20. analiza cauzelor complicaţiilor obstetricale şi extragenitale la gravide, precum şi la nou-născuţi, elaborarea şi efectuarea măsurilor de reducere a respectivelor complicaţii;

5.21. dirijarea activităţii-organizatorice-metodice a serviciilor medicale perinatologice la toate nivelurile.

6. Conform sarcinilor de bază, Centrul perinatologic al serviciului de asistenţă medicală perinatală de nivel II asigură:

6.l. internările spitaliceşti şi de ambulator specializate (prematuritate, infertilitate, sterilitate);

6.2. complexul de măsuri de supraveghere şi îngrijire corespunzătoare a pacientelor în timpul aflării în Centrul perinatologic;

6.3. examinarea ambulatorie la timp a gravidelor, prevenirea şi depistarea complicaţiilor sarcinii, maladiilor extragenitale şi a perioadei de lăuzie, depistarea gravidelor pentru internare în secţiile de patologie a sarcinii, supravegherea de dispanser a gravidelor, pregătirea psiho-emoţională către naştere;

6.4. utilizarea contraceptivelor moderne în scop de prevenire a sarcinii nedorite;

6.5. asigurarea continuităţii examinării şi tratamentului gravidelor, instalarea legăturii bidirecţionale cu CMF, cu alte instituţii curativ-profilactice;

6.6. organizarea lucrului educativ cu populaţia de informare despre metodele moderne şi cost-efeciente în îngrijirile ante-, intra- şi neonatale;

6.7. instruirea personalului medical implicat în îngrijirile perinatale cu tehnologiile moderne promovate de OMS/ UNICEF;

6.8. transportarea gravidelor, nou-născuţilor, lăuzelor din alte instituţii;

6.9. pregătirea pentru transportare "in utero" a gravidelor cu vârsta de gestaţie până la 32 de săptămâni, precum şi gravidelor din grupul de risc la nivel terţiar. Transportarea nou-născuţilor se va efectua când copilul este transportabil, indiferent de vârsta după naştere.

6.10. implementarea noilor metode eficiente şi a măsurilor de profilaxie şi tratament, studierea şi utilizarea formelor şi metodelor avansate de lucru.

7. Statele Centrului perinatologic se stabilesc în corespundere cu normativele de state în vigoare.

8. Personalul Centrului perinatologic se călăuzeşte în activitatea sa de legislaţia muncii în vigoare, de prezentul regulament, instrucţiunile şi ordinele MS al RM.

9. Înzestrarea cu echipament, utilaj medical şi gospodăresc se face conform normativelor în vigoare.

10. Centrul perinatologic prezintă raporturi de dare de seamă în termenele stabilite de către MS RM şi completează documentaţia de evidenţă.

11. Centrul perinatologic prezintă Centrului perinatologic republican, prin poşta electronică, indicatorii referitori la supravegherea perinatală.

12. Centrul perinatologic aprobă regulile de aflare în staţionar pentru gravide, parturiente, lăuze, precum şi regulamentele privind funcţiile colaboratorilor săi.

13. În cadrul Centrului perinatologic se organizează Consiliul medicilor, moaşelor şi asistentelor medicale, care funcţionează conform statutului special.

14. Centrul perinatologic de nivelul II va colabora cu spitalele raionale privind acordarea asistenţei medicale populaţiei din raioanele adiacente, cât şi cu Centrul perinatologic al serviciului de asistenţă medicală perinatală de nivelul III.

Anexele

1

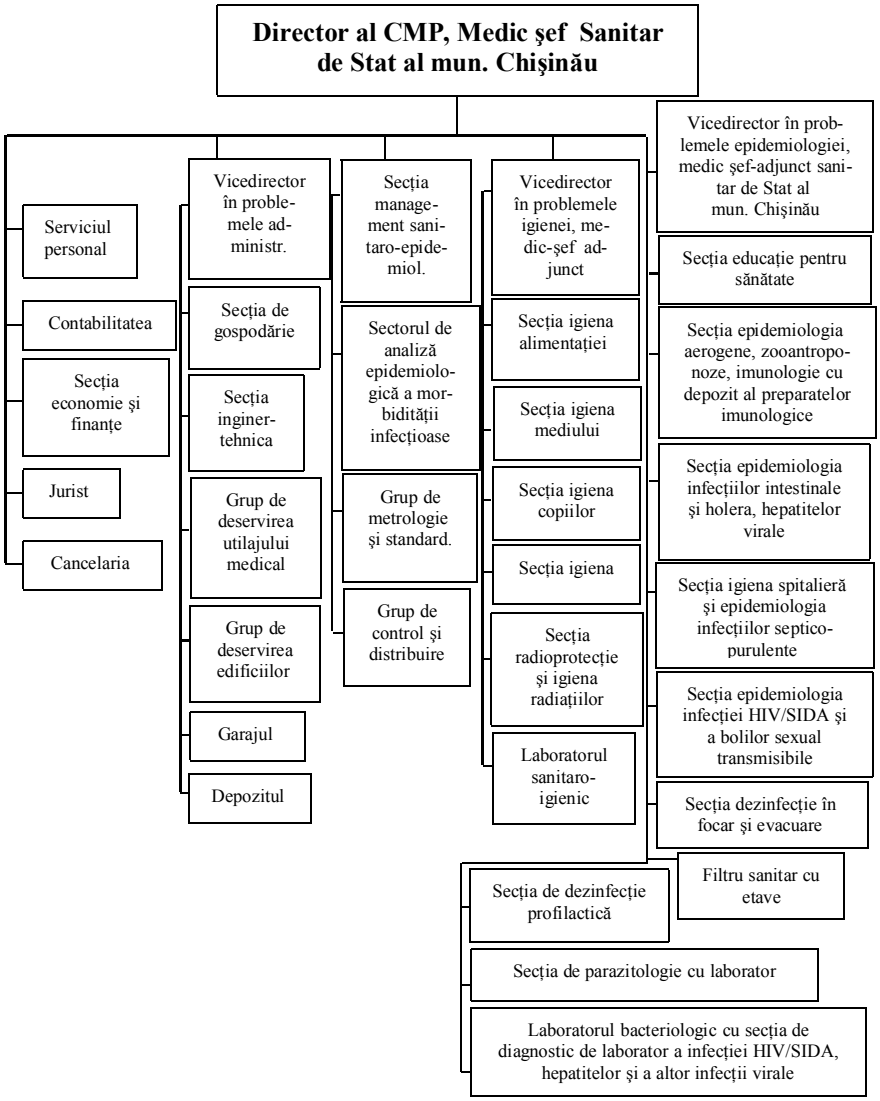
2

3

4

Anexa nr. 8
la ordinul MS nr. 190 din 23.06.03

ORGANIGRAMA CENTRULUI DE MEDICINĂ PREVENTIVĂ A MUNICIPIULUI CHIŞINĂU



9

10

51

11

52

12

53

Indică ultimele modificări
Nota: În cuprinsul legii cuvintele "instituţie medicală" se substituie prin cuvintele "prestator de servicii medicale" prin Legea nr. 549-XV din 25.12.2003

LEGEA REPUBLICII MOLDOVA

Cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală

Nr.1585-XIII din 27.02.98

(Monitorul Oficial al R.Moldova, nr. 38–39 din 30.04.1998)

Parlamentul adoptă prezenta lege organică

{New}[Alin. 1 complet. prin Legea nr. 549-XV din 25.12.2003]

CAPITOLUL I

Dispoziţii generale

Articolul 1. Noţiunea de asigurare obligatorie de asistenţă medicală

(1) Asigurarea obligatorie de asistenţă medicală reprezintă un sistem garantat de stat de apărare a intereselor populaţiei în domeniul ocrotirii sănătăţii prin constituirea, din contul primelor de asigurare, a unor fonduri băneşti destinate pentru acoperirea cheltuielilor de tratare a stărilor condiţionate de survenirea evenimentelor asigurate (maladie sau afecţiune). Sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală oferă cetăţenilor Republicii Moldova posibilităţi egale în obţinerea asistenţei medicale oportune si calitative.

(2) Asigurarea obligatorie de asistenţă medicală se realizează prin contracte încheiate între subiecţii asigurării de asistenţa medicală, raporturile dintre care se reglementează de prezenta lege.

Articolul 2. Programul unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

(1) Volumul asistenţei medicale, acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistenţa medicală, se prevede în Programul unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală, denumit în continuare Program unic, care este elaborat de Ministerul Sănătăţii şi aprobat de Guvern.

(2) Programul unic cuprinde lista maladiilor şi stărilor ce necesită asistenţă medicală finanţată din mijloacele asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

Articolul 3. Obiectul asigurării.

Obiect al asigurării obligatorii de asistenţă medicală este riscul asigurat, legat de cheltuielile pentru acordarea volumului necesar de asistenţă medicală si farmaceutica, prevăzută in Programul unic.

Articolul 4. Subiecţii asigurării.

(1) Subiecţi ai asigurării obligatorii de asistenţă medicală sunt:

a) asiguratul;

b) persoana asigurată;

c) asigurătorul;

d) prestatorul de servicii medicale.

(2) Asiguratul este persoana fizică sau juridică, care a încheiat cu asigurătorul un contract de asigurare obligatorie de asistenţă medicală sau care devine asigurat prin efectul prezentei legi.

{New}[Alin. (2) introd. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

{New}[Numer. modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(3) Calitatea de asigurat pentru persoana angajată (salariată) o are întreprinderea, instituţia, organizaţia, denumite în continuare angajator, indiferent de tipul de proprietate şi forma juridică de organizare.

{New}[Alin. (3) in red. Legii Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(4) Guvernul are calitatea de asigurat pentru următoarele categorii de persoane neangajate:

a) copiii de vârstă preşcolară;

b) elevii din învăţământul primar, gimnazial, liceal şi mediu de cultură generală;

c) elevii din învăţământul secundar profesional;

d) elevii din învăţământul mediu de specialitate (colegii) cu frecvenţa la zi;

e) studenţii din învăţământul superior universitar cu frecvenţa la zi;

f) copiii neîncadraţi la învăţătură până la împlinirea vârstei de 18 ani;

g) invalizi;

h) pensionari;

i) şomerii înregistraţi oficial.

[Alin. (3) in red. Legii Nr. 430-XV din 31.10.2003]

[Lit. b) complet. prin Legea Nr. 173-XV din 10.04.2003]

(5) Calitatea de asigurat si de plătitor al primelor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală pentru persoanele neangajate, care nu sunt indicate la alin.(4), o au ele insele.

{New}[Alin. (5) introd. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

{New}[Numer. modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(6) Persoane asigurate pot fi atât cetăţenii Republicii Moldova, cât şi cetăţenii străini sau apatrizii aflaţi în Republica Moldova, în interesul cărora au fost plătite prime de asigurare obligatorie de asistenţă medicală in mărimea şi în termenul stabilit de legislaţie.

{New}[Alin. (6) complet. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(7) În sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală, asigurător este Compania de în Medicină şi agenţiile ei teritoriale (ramurale).

{New}[Alin. (7) complet. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(8) Prestatorii de servicii medicale din sistemul asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală, denumiţi în continuare prestatori de servicii medicale, sunt instituţiile medico-sanitare care au încheiat contract de acordare a asistenţei medicale (de prestare a ser-

viciilor medicale) cu Compania Națională de Asigurări în Medicina sau cu agențiile ei teritoriale (ramurale).

{New}[Alin. (8) in red. Legii N 549-XV din 25.12.2003]

CAPITOLUL II

Sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală

Articolul 5. Principiile de organizare a asigurării obligatorii de asistență medicală.

(1) Asigurarea obligatorie de asistență medicală se efectuează conform principiilor teritorial şi pe ramuri de producție şi cuprinde toată populația Republicii Moldova.

(2) Asigurarea obligatorie de asistență medicală a persoanelor angajate se efectuează din contul mijloacelor patronilor şi ale 3) Asigurarea obligatorie de asistență medicală a persoanelor neangajate enumerate la art. 4 alin. (4) se realizează din contul bugetului de stat.

{New}[Alin. (3) modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

[Alin. (3) in red. Legii Nr. 430-XV din 31.10.2003]

(4) Asistența medicală la etapa prespitalicească, în caz de urgențe medico-chirurgicale majore ce pun în pericol viața persoanei, şi asistența medicală primară acordată de către medicul de familie, care cuprinde examenul clinic (subiecțiv şi obiectiv), cu recomandarea investigațiilor şi tratamentului persoanelor pentru care statul nu este plătitor al primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, se realizează din fondul de rezerva al asigurării obligatorii de asistență medicală, format din mijloacele financiare ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.

[Alin. (3) introd. prin Legea Nr. 577-XV din 26.12.2003]

Articolul 6. Contractul de asigurare obligatorie de asistență medicală.

(1) Între asigurat şi asigurător se încheie un contract de asigurare obligatorie de asistență medicală, conform căruia asiguratul se obligă să plătească asigurătorului primele de asigurare, iar asigurătorul îşi asumă obligația să organizeze şi să finanțeze asistența

medicală necesară persoanei asigurate în volumul şi de calitatea prevăzută în Programul unic.

{New}[Alin. (1) modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(2) Încheierea contractului de asigurare este confirmată prin eliberarea de către asigurător, fiecărei persoane asigurate, a unei polițe de asigurare obligatorie de asistență medicală, în temeiul căreia aceasta va beneficia de întregul volum de asistență medicală prevăzut în Programul unic şi acordat de prestatorii de servicii medicale din Republica Moldova.

{New}[Alin. (2) in red. Legii Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(3) Modelul contractului-tip de asigurare obligatorie de asistență medicală şi modelul poliței de asigurare se aprobă de Guvern.

Articolul 7. Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

(1) Între asigurător şi prestator de servicii medicale se încheie un contract de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală coordonat cu Ministerul Sănătății, daca parte la contract este un prestator de servicii medicale republicană sau cu direcția de sănătate a administrației publice locale de nivelul al doilea dacă parte la contract sunt prestatori de servicii medicale altele decât cele republicane, conform căruia prestatorul de servicii medicale se obligă să acorde persoanelor asigurate asistența medicală calificata, în volumul şi termenele prevăzute în Programul unic, iar asigurătorul se obliga să achite costul asistenței medicale acordate.

{New}[Alin. (1) complet. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

[Alin. (1) complet. prin Legea Nr. 173-XV din 10.04.2003]

(2) Modelul contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală se aproba de Guvern.

Articolul 8. Prestarea serviciilor peste Programul unic.

(1) Volumul serviciilor prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală poate fi extins în temeiul condițiilor asigurării

facultative de sănătate sau prin plăţi directe prestatorului de servicii medicale pentru serviciile prestate.

(2) Licenţa pentru efectuarea asigurării facultative de sănătate se eliberează în modul stabilit de legislaţie.

{New}[Alin. (2) modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

[Alin. (2) modif. prin Legea Nr. 333-XV din 24.07.2003]

(3) Instituţiile medicale acordă asistenţă în cadrul asigurărilor facultative de sănătate fără a aduce prejudicii volumului şi calităţii asistenţei medicale acordate in conformitate cu Programul unic.

(4) Tarifele la serviciile medicale şi alte servicii prestate în cadrul asigurării facultative de sănătate se stabilesc prin acordul dintre asigurător, asigurat şi prestatorul de servicii medicale.

(5) Asigurarea facultativă de sănătate se efectuează din contul angajatorilor şi din mijloacele cetăţenilor.

{New}[Alin. (5) modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

[Alin. (5) modif. prin Legea Nr. 430-XV din 31.10.2003]

(6) Mărimea primelor în asigurarea facultativă de sănătate se stabileşte prin acordul părţilor.

Articolul 9. Asigurarea cu asistenţă medicală a cetăţenilor străini şi apatrizilor.

(1) Asigurarea de asistenţa medicală a cetăţenilor străini şi apatrizilor se realizează la trecerea de către aceştia a frontierei de stat a Republicii Moldova sau la eliberarea vizei.

(2) Cetăţenii străini şi apatrizii aflaţi în Republica Moldova au în domeniul asigurării obligatorii de asistenţă medicală aceleaşi drepturi şi obligaţii ca şi cetăţenii Republicii Moldova, cu excepţia cazurilor când tratatele internaţionale prevăd altfel.

(3) Condiţiile asigurării obligatorii de asistenţă medicală a cetăţenilor străini şi apatrizilor se elaborează şi se aprobă de Guvern.

CAPITOLUL III

Drepturile şi obligaţiile subiecţilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală

Articolul 10. Asiguratul

(1) Asiguratul este în drept să efectueze controlul îndeplinirii clauzelor contractului de asigurare obligatorie de asistenţă medicală.

(2) Asiguratul este obligat:

a) să încheie contract de asigurare obligatorie de asistenţă medicală cu Agenţia teritorială a Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină;

b) să achite primele de asigurare în modul stabilit de legislaţie şi de contractul de asigurare obligatorie de asistenţă medicală;

{New}[Lit. b) modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

c) să nu împiedice realizarea masurilor de depistare şi studiere a factorilor cu influenţa nefavorabilă asupra sănătăţii contingentului care urmează să fie asigurat (sau este deja asigurat) şi, în limitele competenţei sale, sa ia masuri de înlăturare a lor.

d) să prezinte asigurătorului, o dată cu încheierea contractului de asigurare, listele de evidenţă nominală a persoanelor asigurate, conform modelului stabilit de asigurător;

e) să comunice în scris asigurătorului, în termen de 15 zile, despre toate schimbările survenite în listele sale de evidenţă a persoanelor asigurate, în vederea anularii polițelor de asigurare nevalabile sau obţinerii de noi polițe.

{New}[Lit. d), e) introd. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

Articolul 11. Persoana asigurată.

(1) Persoana asigurată are dreptul:

a) să aleagă prestatorul de servicii medicale primară şi medicul de profil general;

b) să i se acorde asistenţă medicală pe întreg teritoriul Republicii Moldova;

c) să beneficieze de servicii medicale în volumul şi de calitatea prevăzute în Programul unic, indiferent de mărimea primelor de asigurare achitate;

d) să intenteze acţiuni asigurătului, prestatorului de servicii medicale, inclusiv pentru a obţine compensarea materială a prejudiciului cauzat din culpa acestora.

(2) Persoana asigurată este obligată:

a) să păstreze polița de asigurare obligatorie de asistenţă medicală şi să o prezinte în cazul când se adresează prestatorului de servicii medicale;

b) să achite direct prestatorului de servicii medicale, la momentul acordării asistenței medicale, acea parte din costul serviciilor medicale ce i-au fost acordate peste volumul prevăzut în Programul unic.

Articolul 12. Compania Națională de Asigurări in Medicina.

(1) Compania Națională de Asigurări în Medicină este organizație de stat autonomă, inclusiv cu autonomie financiară, nonprofit, şi se înființează de Guvern.

{New}[Alin. (1) in red. Legii N 549-XV din 25.12.2003]

(2) Compania Națională de Asigurări în Medicină este în drept:

a) să realizeze, în conformitate cu prezenta lege, asigurarea obligatorie de asistenţă medicală a cetățenilor Republicii Moldova, a cetățenilor străini şi apatrizilor aflați pe teritoriul ei;

b) să participe la acreditarea prestatorilor de servicii medicale;

c) să ia parte la elaborarea propunerilor de stabilire a tarifelor pentru serviciile medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală;

d) să intenteze acțiuni prestatorului de servicii medicale sau lucratorului medical în scopul compensării materiale a prejudiciului cauzat Sănătății persoanei asigurate din culpa acestora;

e) să constituie suplimentar, pe lângă fondurile indicate la art. 16 alin. (1), fonduri de rezervă pe tipurile de Asigurări care au atribuție la medicină şi sănătate.

(3) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată:

a) să încheie cu prestatorii de servicii medicale contracte de acordare a asistenței medicale persoanelor asigurate;

{New}[Lit. a) modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

b) să elibereze, la momentul încheierii contractului de asigurare, polițe de asigurare obligatorie de asistenţă medicală;

c) să verifice corespunderea cu clauzele contractului a volumului, termenelor, calității şi costului asistenței medicale acordate persoanelor asigurate;

d) să apere interesele persoanelor asigurate;
e) să încheie contracte de reasigurare.

Articolul 13. Prestatorii de servicii medicale.

În cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală, asistenţă medicală se acordă de prestatorii de servicii medicale, indiferent de tipul de proprietate şi forma juridică de organizare, care activează în conformitate cu legislaţia.

{New}[Art. 13 in red. Legii Nr. 549-XV din 25.12.2003]

Articolul 14. Răspunderea Subiecţilor sistemului asigurării de asistenţă medicală.

(1) Pentru neplată, în termenul stabilit de legislaţie, a primei de asigurare obligatorie de asistenţă medicală, asiguratul plăteşte o penalitate, calculată în conformitate cu legislaţia, pentru perioada care începe după scadenţa primei de asigurare şi se încheie în ziua plăţii efective a acesteia.

{New}[Alin. (1) in red. Legii Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(2) Asigurătorul răspunde material faţă de persoana asigurată pentru prejudiciile cauzate vieţii şi Sănătăţii acesteia ca rezultat al asistenţei medicale, prevăzute de Programul unic, acordate necalitativ sau insuficient.

(3) Asigurătorul achită serviciile prestate de prestatorii de servicii medicale în modul şi în termenele prevăzute în contracţiile încheiate cu ele, dar nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturii de plată. Răspunderea pentru achitarea cu întârziere este stipulată în contract.

(4) Instituţiile medicale răspund, în conformitate cu legislaţia şi cu clauzele contractului, pentru volumul şi calitatea serviciilor medicale prestate şi pentru refuzul de a acorda asistenţă medicală persoanei asigurate.

Articolul 15. Dreptul asigurătorului la acţiune în regres.

Compania Naţională de Asigurări în Medicină şi agenţiile ei teritoriale (ramurale) sunt în drept să ceară persoanelor juridice sau fizice, responsabile pentru prejudiciul cauzat sănătăţii persoanei

asigurate, recuperarea cheltuielilor pentru acordarea asistenţei medicale în volumul prevăzut de Programul unic.

{New}[Art. 15 modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

CAPITOLUL IV

Mijloacele financiare ale asigurării obligatorii de asistenţă medicală şi modul lor de utilizare

Articolul 16. Fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

(1) În scopul realizării asigurării obligatorii de asistenţă medicală, Compania Naţională de Asigurări în Medicină constituie, din contul mijloacelor obţinute din primele de asigurare, următoarele fonduri de asigurare:

a) fondul pentru achitarea serviciilor medicale;

b) fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistenţă medicală;

c) fondul masurilor de profilaxie.

(2) Compania Naţională de Asigurări în Medicina are dreptul să investească mijloacele băneşti temporar disponibile ale fondurilor menţionate în hârtii de valoare de stat şi depozite bancare. Venitul obţinut din atare investiţii va fi utilizat pentru completarea acestor fonduri.

(3) Mijloacele financiare ale fondurilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală nu intră în componenţa bugetelor şi altor fonduri şi nu sunt supuse sechestrării şi impozitării.

(4) Modul de constituire şi administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală se stabileşte printr-un regulament aprobat de Guvern.

Articolul 17. Primele de asigurare obligatorie de asistenţă medicală.

(1) Prima de asigurare obligatorie de asistenţă medicală reprezintă o sumă fixă sau o contribuţie procentuală la salariu şi la alte forme de retribuire a muncii, la onorarii, pe care asiguratul este

obligat sa o plătească asigurătorului pentru preluarea riscului persoanei asigurate, conform prevederilor legislației şi contractului de asigurare.

{New}[Alin. (1) introd. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

{New}[Numer. modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(2) Primele de asigurare obligatorie de asistență medicală se stabilesc ca contribuții financiare în mărimi suficiente pentru îndeplinirea Programului unic şi desfăşurarea activității asigurătorului.

(3) Mărimea primei de asigurare în formă de sumă fixă se stabileşte anual prin lege, în funcție de suma prevăzută de legea bugetului pe anul respectiv, pentru o persoana din categoria care este asigurată din buget.

{New}[Alin. (3) in red. Legii Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(4) Mărimea primei de asigurare în formă de contribuție procentuală la salariu şi la alte forme de retribuire a muncii, la onorarii se stabileşte anual prin lege şi reprezintă raportul mărimii primei de asigurare în formă de suma fixă la salariul mediu anual pe economie prognozat pentru anul următor, exprimat în procente.

{New}[Alin. (4) introd. prin Legii Nr. 549-XV din 25.12.2003]

{New}[Numer. modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(5) Achitarea primelor pentru asigurarea obligatorie de asistență medicală a populației angajate se face din contul contribuțiilor angajatorului şi angajatului.

{New}[Alin. (5) modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(6) Participarea angajatului la achitarea primei se determină diferențiat, în funcție de mărimea salariului lui, şi începe din momentul încheierii contractului de muncă.

[Alin. (5) excl. prin Legea Nr. 430-XV din 31.10.2003]

[Numer. modif. prin Legea Nr. 430-XV din 31.10.2003]

(7) Mărimea, modul şi termenele de achitare a primelor de asigurare se stabilesc prin lege.

(8) Acțiunea contractului de asigurare se suspendă dacă, după expirarea a două luni de la data de achitare stabilită, primele de asigurare nu au ajuns pe contul asigurătorului. Sancțiunea în cauză nu

se extinde asupra stărilor de urgență, care pun în pericol viața persoanei asigurate.

Articolul 18. Acoperirea cheltuielilor de tratament.

(1) Toate cheltuielile legate de acordarea de către persoanele asigurate a asistenței medicale în volumul prevăzut de Programul unic asigurătorul le achită trimestrial, conform facturilor prezentate de prestatorul de servicii medicale.

(2) Asigurătorul este în drept să achite în avans cheltuielile pentru prestarea serviciilor medicale, conform condițiilor stabilite în contract.

{New}[Alin. (2) introd. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

{New}[Numer. modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(3) Factura se perfectează de prestatorul de servicii medicale în baza calcularii cheltuielilor, conform registrului persoanelor asigurate, care au beneficiat de asistența medicală în perioada respectivă.

(4) Colectarea facturilor de la prestatorii de servicii medicale şi analiza acestora o face asigurătorul prin intermediul agențiilor sale teritoriale (ramurale).

{New}[Alin. (4) modif. şi complet. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

(5) Modelele de facturi şi de registre, modul de perfectare şi termenul prezentării lor se elaborează de Compania Națională de Asigurări în Medicină şi se aprobă de Ministerul Sănătății.

{New}[Alin. (5) modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

Articolul 19. Impozitarea Subiecților asigurării obligatorii de asistență medicală.

(1) Impozitarea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină se efectuează în conformitate cu legislația.

(2) Primele de asigurare obligatorie de asistență medicală se achită de către patron, cu deducerea sumei lor din venitul impozabil.

(3) Primele de asigurare obligatorie de asistență medicală, achitate de către persoanele angajate din propriile mijloace, se deduc din venitul acestor persoane până la impozitare.

(4) Veniturile provenite din activitatea prestatorilor de servicii medicale legată de realizarea Programului unic nu sunt impozabile.

Articolul 20. Soluționarea litigiilor.

Litigiile apărute în procesul realizării asigurării obligatorii de asistență medicală se soluționează de către instanțele judecătoreşti competente.

CAPITOLUL V

Dispoziții finale şi tranzitorii

Articolul 21

(1) Prezenta lege se pune în aplicare de la data publicării pe etape:

I etapă – anul 1998 – cuprinde pregătirea cadrului normativ necesar pentru realizarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistența medicală, efectuându-se concomitent Asigurări facultative de sănătate. Asigurării obligatorii de asistență medicală, la această etapă, vor fi supuşi numai cetățenii străini şi apatrizii aflați în Republica Moldova;

a II-a etapă – din 1999 se prevede aplicarea integrală a prezentei legi. Persoanele neîncadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, până la aplicarea integrală a prezentei legi, vor beneficia de servicii medicale, în conformitate cu legislația în vigoare.

Articolul 22

Guvernul, în termen de 3 luni:

a) va prezenta Parlamentului propuneri pentru sincronizarea legislației cu prezenta lege;

b) va sincroniza propriile acte normative cu prezenta lege;

c) va aproba Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală;

{New}[Lit. c) modif. prin Legea Nr. 549-XV din 25.12.2003]

d) va aproba statutul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină;

e) va stabili structura, schema de încadrare şi plafonul cheltuielilor administrative ale Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină;

f) va asigura elaborarea şi va aproba condiţiile de asigurare obligatorie de asistenţă medicală a cetăţenilor străini şi apatrizilor aflaţi în Republica Moldova;

g) va aproba Regulamentul cu privire la modul de constituire şi administrare a fondurilor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală şi alte documente în problemele asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

Preşedintele
parlamentului **Dumitru MOŢPAN**

Chişinău, 27 februarie 1998.
Nr. 1585-XIII

BIBLIOGRAFIE

A. De bază

1. Vlădescu Cristian. **Managementul serviciilor de sănătate**. Bucureşti: *Editura "Expres"*, 2000, 335 p.

2. Volovei V., Tintiuc D., Rusu A. **Strategia de dezvoltare şi reformare a sistemului sănătăţii din Republica Moldova în condiţiile noi**. Chişinău, 1995, 55 p.

3. Coroi V., Gorgos C. **Medicina Socială**. Bucureşti, 1980, 406 p.

4. Duda R. **Sănătatea publică şi management**. Iaşi, 1996, 210 p.

5. Enăchescu D**. Medicina socială – element de biostatistică**. Bucureşti, 1990, 24 p.

6. Enăchescu D**. Medicina socială: note şi suporturi de curse**. Bucureşti, 1992, 248 p.

7. Enăchescu D., Marcu Gr**. Sănătate Publică şi Management sanitar**. Bucureşti: *Editura ALL*, 1998, 152 p.

8. Eţco C., Goma L., Reabov E. şi al**. Economia ocrotirii sănătăţii**. Chişinău, 2000, 376 p.

9. **Legea cu privire la aigurarea obligatorie de asistenţă medicală**, nr. 1585, 1998.

10. **Legea ocrotirii Sănătăţii MORM**, nr, 5, 1995.

11. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В., Отдельная К. А., Денисов И. Н.. Учебник: **Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения**, Казань, 697 с.

12. Marcu M. G., Galieta Muncă. **Sănătate publică şi management sanitar**. Bucureşti, 2003, 366 p.

13. Миняев В.А., Вишняков В.И., Юрьев В.К. **Социальная медицина и организация здравоохранения.** В 2-х томах. Санкт-Петербург, 1998.

14. Планирование семьи и репродуктивное здоровье, Кишинев, 2004, 35 с.

15. Popuşoi E., Spinei L., Iodco N., Ştefănet S.. **Direcţia profilactică în ocrotirea Sănătăţii şi organizarea dispensarizării populaţiei mature**. Chişinău, 1998, 31 p.

16. Раевский М.. **Состояние и перспективы развития санитарной помощи населению,** Кишинев, 1998, 120 с.

17. Rugină Valeriu. **Curs de medicină socială**, Iaşi, 1986, 483 p.

18. Тестемицану Н.А., Тинтюк Д.В**. Пути сближения уровней стационарной помощи городскому и сельскому населению**. Кишинев: *Штиинца*, 1987, 140 с.

19. Tintiuc D., Eţco C., Grosu Iu., Spinei L., Raevschi M., Onceanu I., Iodko N., Gherman V., Leşanu A. **Sănătate Publică şi Management**, Manual. Chişinău, 2002, 720 p.

20. **The new public health**. T.Tulchinsky, E.Varaviakova, Academic press, 2000, 744 p.

21. Tulchinski T. H., Elena A.Varavikova. **Noua sănătate publică** (Introducere în sec.XXI) Ulisse, 2003, 723 p.

22. Tulchinsky T., Varavikova E. **The new public health**. – Ierusalim, 1999, 1027 p.

23. **Управление здравоохранением**. Учебник /Под ред. Кучеренко В.З. Москва, 2001, 448 с.

B. Suplimentară

1. Ancuşa Mircea, Ciobanu Virgil. **Probleme de sănătate publică**. Timişoara: *Ed. Mirton*, 1998, vol. I, II.

2. Кант В.И. **Методы системного подхода и их применение в практике здравоохранения**. М., 1978, 136 с.

3. Ciobanu M., Sava V., Ciocanu M. **Asigurări de sănătate în Republica Moldova**. Chişinău, 1998, 95 p.

4. Hiltrop Jean M., Udal Shelia **Arta negocierii**. Bucureşti: *Editura Teora*, 1998.

5. **Epidemiologia bolilor netransmisibile** / Sub red. Aurel Ivan şi coautorii. Bucureşti, 1981, 670 p.

6. Jompon Axilon **Medicina de familie**. Timişoara: *Ed. Helicon*, 1997, 189 p.

7. **Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală**. nr. 1585-XIII din 27.02.1998.

8. **Legea ocrotirii sănătăţii** //Monitorul oficial al Republicii Moldova. nr.5, 1995, 66 p.

9. Поляков И.В., Зеленская Т.М., Ромашов П.Г. **Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений.** Учебное пособие. Санкт-Петербург, 1997.

10. Puia S.L., Marinescu B**. Compendiu practic de planificare familială**. 1996, 301 p.

11. Spinei L., Popuşoi E. **Handicapul infantil ca problemă medico-socială**, Chişinău, 2004, 208 p.

12. Шейман И. М. **Реформа управления и финансирования здравохранения**. М.: *Изд. центр «Русь»*, 1998, 336 с.

13. **Экономика и инвенционные пройессы в здравоохранении**, под. ред. Кучеринко В. З., Москва, 1994, 293 с.

14. Экспертиза временной нетрудоспособности / Под. ред. Вишнякова Н. И., 1995.

CUPRINS

Prefaţă 3

Indicaţii metodice pentru instruire la Sănătatea publică şi management..... 6

PARTEA I

A. Medicină Socială şi biostatistică

1. Sănătatea publică – ştiinţă şi obiect de studiu..... 8
2. Biostatistică şi însămnătatea ei în evaluarea sănătăţii populaţiei sanitare. Valorile relative..... 14
3. Seriile variabile. Valorile medii şi aprecierea autenticităţii lor..... 27
4. Reprezentarea grafică a valoriloe relative şi medii..... 37
5. Metoda directă de standardizare..... 42
6. Seriile cronologice..... 51
7. Analiza de corelaţie..... 58
8. Analiza regresiei..... 65
9. Aplicarea metodelor epidemiologice în studierea stării de sănătate..... 72
10. Etapele studiului statistic..... 81
11. Demografia medicală..... 85
12. Morbiditatea populaţiei..... 99
13. Educaţia pentru sănătate a populaţiei. Promovarea modului sănătos de viaţă..... 109

B. Planul tematic al prelegilor şi lecţiilor practice la Medicina Socială..... 117

C. Indicatorii pentru evaluarea sănătăţii populaţiei RM..... 118

D. Documente legislative:

– Hotărârea Guvernului RM nr. 1000 din 28.IX.1998 „Cu privire la Programul de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovarea modului sănătos de viaţă (MSV)”..... 123
– Programul naţiohnal de educaţie pentru sănătate a populaţiei şi promovarea MSV..... 125

– Ordinul MS RM nr. 225 din 23.09.1999 „Cu privire la perfecţionarea măsurilor de educaţie pentru sănătate a populţaiei şi promovarea MSV”..... 136
– Hotărârea Guvernului RM nr. 717 din 7. 06. 2003 „Despre aprobarea Concepţiei organizării şi funcţionării monitoringului socio-igienic în RM şi Regulamentului privind monitoringul socio-igienic în RM”.... 173

PARTEA a II-a

A. Managementul serviciilor de sănătate

1. Analiza şi evaluarea indicilor de activitate a instituţiilor de sistenţă medicală primară..... 185
2. Analiza de evaluarea indicilor activităţii staţionarului.. 191
3. Analiza şi evaluarea indicilor asistenţei medicale acordate gravidelor, parturientelorm lăuzelor şi copiilor..... 196
4. Expertiza medicală a vitalităţii..... 205
5. Planificarea sistemului sănătăţii..... 215
6. Economia sanitară şi managementul financiar în sănătate..... 221
7. Managemetul sistemului sănătăţii..... 240

B. Planul tematic al prelegerilor şi lecţiilor practice la managementul serviciilor de sănătate..... 249

C. Indicatorii de bază pentru evaluarea activităţii instituţiilor medicale publice..... 250

D. Documente legislative..... 252

– Legea Republicii Moldova Ocrotirii Sănătăţii..... 252
– Ordinul MS RM, nr. 190 din 23 iunie 2003 „Cu privire la instruirea structurii sistemului sănătăţii raionale (municipale)”..... 282
– Legea Republicii Moldova. Cu privire la asigurarea obligatorie a asistenţei medicale nr. 15985 – XII din 310

27.02.1998.....
Bibliografie (de bază şi suplimentară)..... 324

Ediția e dedicată aniversării a 60 de ani de la fondarea Catedrei

În anul 1945 în cadrul Institutului de Stat de Medicină din Chişinău a fost înființată catedra Organizarea ocrotirii sănătății, fondator şi primul şef al căreia fiind dr. hab. şt. med., prof. universitar Moisei Ghehtman.

În anul 1973 şef al catedrei a fost numit prof. universitar, Laureat al Premiului de Stat Nicolae Testemițanu, sub conducerea căruia pentru prima dată a fost elaborată concepția – lichidarea diferențelor esențiale de nivel şi calitate a asistenței medicale populației urbane şi rurale.

Ulterior catedra a fost condusă de dr. hab. şt. med., prof. universitari V. Cant, I. Prisacari, E. Popuşoi. În prezent în fruntea catedrei se află dr.hab.şt.med., prof. universitar Dumitru Tintiuc.

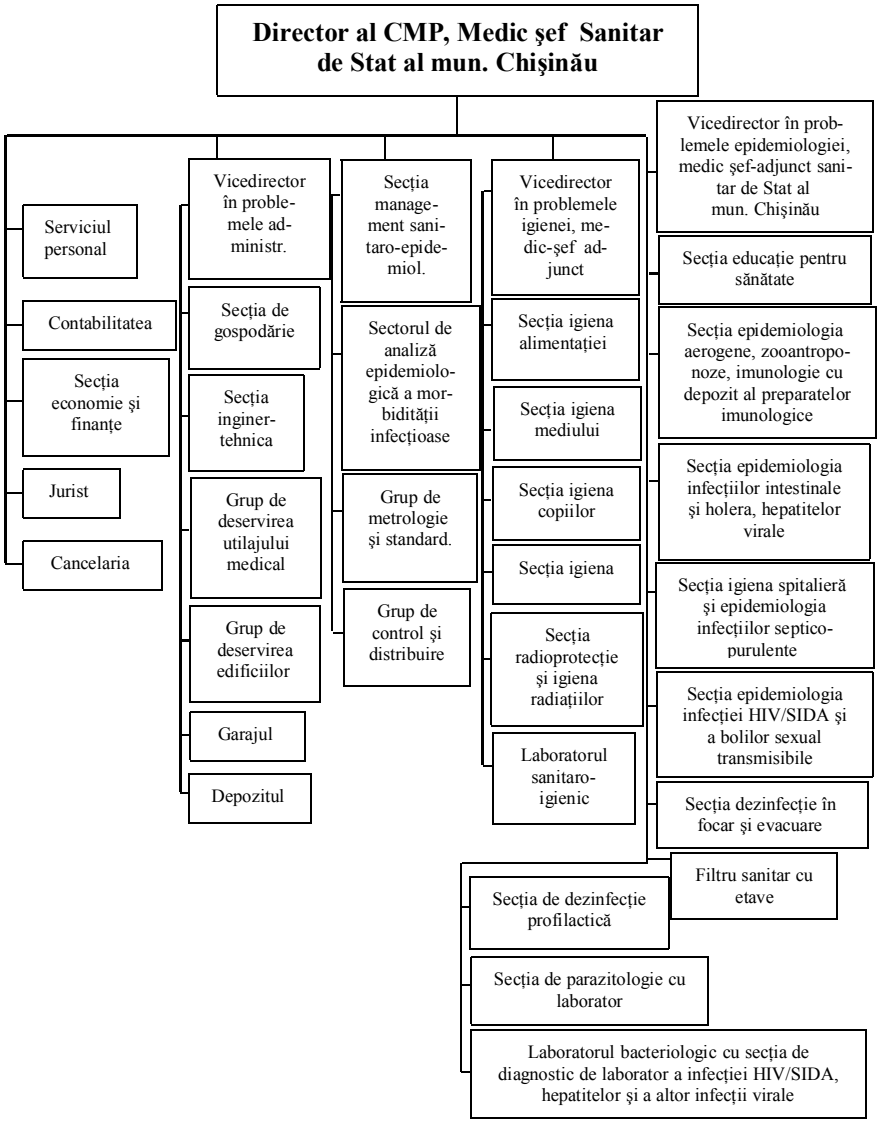
Concomitent cu ac tivitatea didactică întru pregătirea universitară şi postuniversitară a cadrelor medicale, colectivul catedrei efectuează cercetări ştiințifice în următoarele direcții:

- ✶ problemele actuale ale sănătății populației din Republica Moldova;
- ✶ epidemiologia bolilor cronice netransmisibile;
- ✶ organizarea asistenței medicale populației urbane şi rurale.

Actualmente, în cadrul catedrei activează 3 doctori habilitaţi în ştiinţe medicale, profesori universitari, 14 doctori în ştiinţe medicale, conferenţiari universitari.

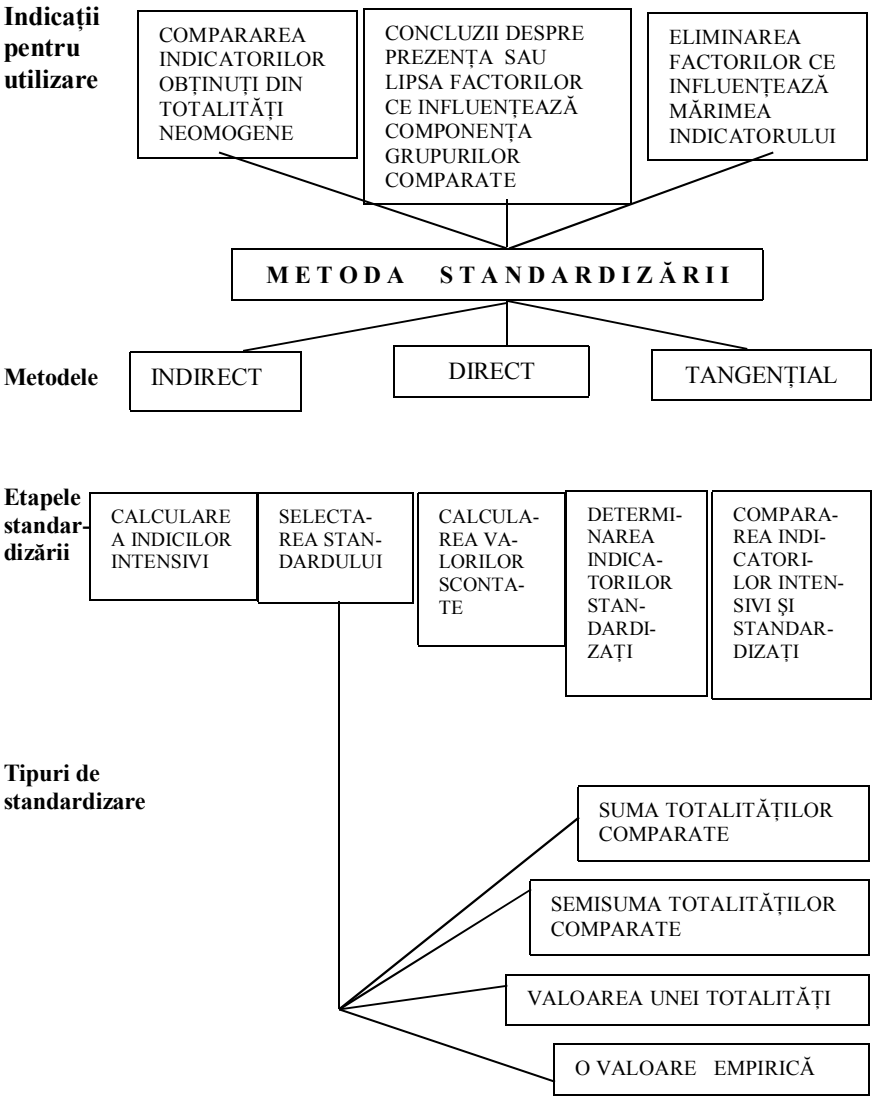
Anexa nr. 8
la ordinul MS nr. 190 din 23.06.03

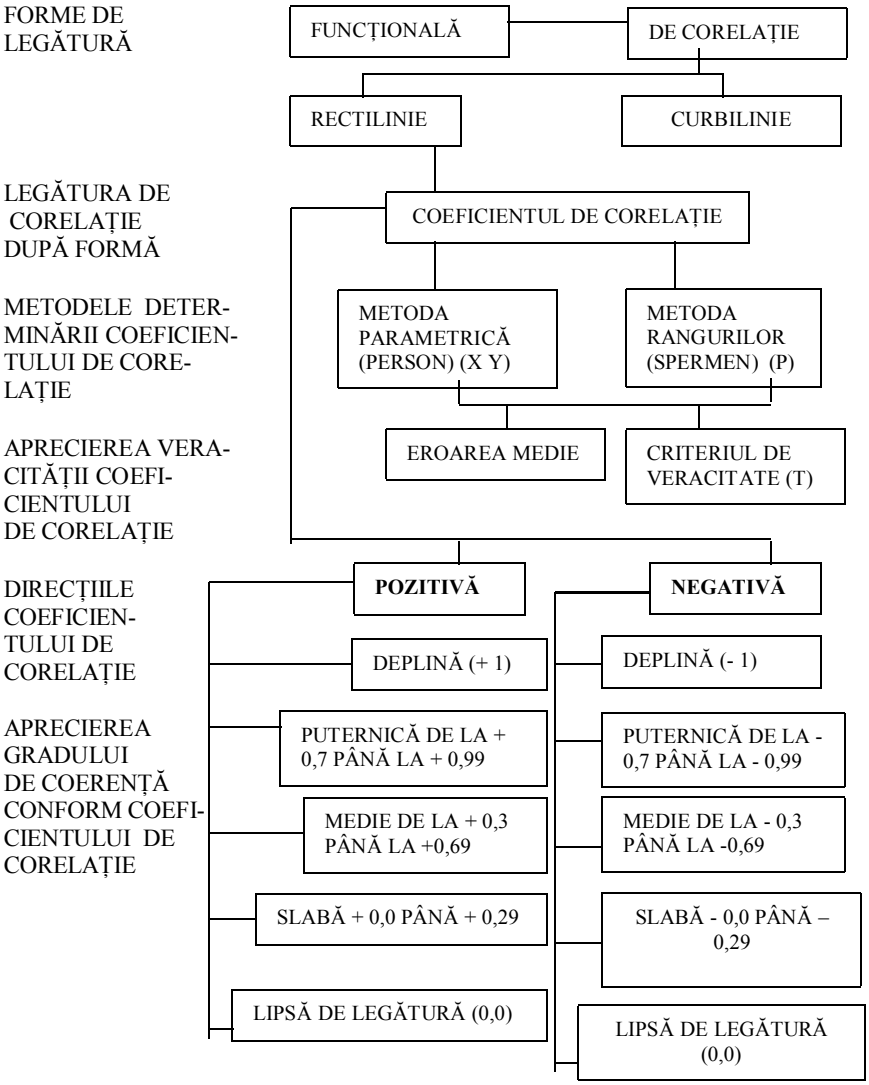
ORGANIGRAMA CENTRULUI DE MEDICINĂ PREVENTIVĂ A MUNICIPIULUI CHIŞINĂU



Structura logică

Tema: S T A N D A R D I Z A R E



Structura logică

Tema: ANALIZA DE CORELAȚIE